UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Por Sónia Alexandra Ferreira Patrício

LISBOA, Fevereiro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Por Sónia Alexandra Ferreira Patrício

Sob orientação da Professora Elisabete Nunes

LISBOA, Fevereiro de 2011

"Quando te empenhas no que estás a fazer, quando as tuas acções são úteis para ti e simultaneamente para os outros; quando não te cansas de procurar a doce satisfação da tua vida e do teu trabalho…estás a fazer aquilo para o qual nasceste"

GARY ZUKAV

RESUMO

O caminho percorrido rumo à aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, reconhecidas como um aprofundamento e mobilização da experiência profissional e de saberes teóricos, em diferentes contextos da prática, encontra-se reflectido no presente relatório. A temática da Promoção da Parentalidade Positiva, como domínio recente e devidamente enquadrado nas funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, aliada ao modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (1988), nortearam a tomada de decisão pelos objectivos específicos estabelecidos e actividades desenvolvidas na *Associação Acreditar*, como recurso comunitário de suporte à criança com doença oncológica e família; na *Unidade de Saúde Familiar Gama*, na qual foi possível implementar um **Curso para Pais**, como estratégia de capacitação parental, no cuidado à criança; na *Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia*, que, como contexto complexo e tecnicista, abraçou um **Projecto de estimulação dos Cinco Sentidos do Recém-Nascido** por meio da interacção precoce pais/filho e, por último, na *Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Torres Vedras,* no qual, inserida na minha realidade profissional, procurei estabelecer uma eficiente articulação funcional e multidisciplinar, na concepção e operacionalização do **Projecto "*Intervir para Prevenir*"- Abordagem das Situações de Risco na Criança/Jovem e Promoção da Parentalidade Positiva, como estratégia de Prevenção dos Maus Tratos Infantis**. De forma transversal a todos estes locais, foi pré-definido o objectivo de *Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no âmbito da Promoção da Parentalidade Positiva,*

Das mudanças introduzidas na prática pela sustentabilidade dos projectos apresentados, nasceu a consciência crítica de que o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria centra-se no apoio, suporte e reforço positivo às acções parentais, no Superior Interesse da Criança. Desta forma, cabe ao mesmo acreditar nas potencialidades dos pais, estimular a sua participação nos cuidados ao filho, capacitar com criatividade, negociar com respeito pelas suas vontades e reforçar positivamente todos os esforços e ganhos obtidos, no desenvolvimento harmonioso da criança e no desempenho saudável do papel parental.

Das mudanças pessoais e profissionais conseguidas pela prática, questionada por esta consciência crítica, posso afirmar que o alicerce teórico necessário a uma prática de Enfermagem Especializada, credível e visível, constituiu o principal contributo. A riqueza das experiências e vivências proporcionadas ao longo deste percurso, suscitaram o entusiasmo pelo constante e desafiante aprofundamento de saberes e atitudes, que dão lugar a uma prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria de Excelência.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria; Competências; Parentalidade Positiva, Parceria de Cuidados; Pais; Superior Interesse da Criança.

ABSTRACT

The path towards the acquisition of expertise in Pediatrics and Child Health Nursing, recognized as the deepening and mobilization of professional experience and theoretical knowledge in different contexts of practice, is reflected in this report. The theme Promotion of Positive Parenting, as a recent field and duly included in the functions of the Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health, coupled with the Model of Partnership Care of Anne Casey (1988), guided the decision-making of the specific objectives and activities set in the *Association Acreditar,* developed as a community resource to support children with cancer and their family; in the *Family Health Unit Gama*, in which it was possible to implement a **Course for Parents**, as a parental empowerment strategy, in child care; the *Neonatal Intensive Care Unit*, from the *Dona Estefania Hospital*, which, as a complex and technical context, embraced a **Project for the Stimulation of the Five Senses of Newborn** through early interaction between parents/child and, lastly, the *Pediatric Emergency Unit of the Hospital of Torres Vedras*, in which, involved in my professional environment, I tried to establish an efficient and functional multidisciplinary articulation, in the design and operation of the **Project "*Intervene to Prevent*" - Addressing Risk Situations in Child/Youth and Promoting Positive Parenting as a Strategy for Prevention of Child Abuse**. Transversely to all these health units, there was a pre-defined aim to *Develop the technical, scientific and relational skills in the area of specialization in Nursing Pediatrics and Child Health, under the Promotion of Positive Parenting.*

From the changes introduced in practice for the sustainability of the projects presented, was born the critical awareness that the role of the Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health focuses on support and positive reinforcement to parental actions in the Child's Best Interest. Thus, the project believes in the possibilities of parents and aims to stimulate their participation in the child care, train creatively, negotiate with respect for their wishes and positively reinforce all efforts and gains made in the child's harmonious development and in the healthy parental role performance.

Of personal and professional changes achieved by the practice, and being questioned by this critical conscience, I can say that the theoretical foundation necessary for a credible and visible Specialized Nursing practice has become the main contribution. The wealth of experiences offered along this journey, aroused an enthusiasm by the constant challenging and deepening of knowledge and attitudes that give rise to Excellence in the Nursing Practice of Child Health and Pediatrics.

Keywords: Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health; Skills, Positive Parenting, Partnership for Care, Parents, Child's Best Interest.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força transmitida ao longo de todo este percurso…

Aos pais, mana e restante família, pelo orgulho demonstrado nesta minha contínua caminhada…

Aos amigos e colegas, pela disponibilidade constante e reforço positivo do meu entusiasmo…

Ao Joel, Andreia e Mara, pelo suporte precioso nos bons e difíceis momentos…

À Professora Filipa Andrade, pelo exemplo que inspirou a minha escolha pela Pediatria…

Á Professora Elisabete Nunes, pela dedicação e exigência no meu processo de desenvolvimento…

Às Professoras Lília Vara, Margarida Lourenço, Zaida Charepe e Saudade Lopes, pela partilha de conhecimento fundamental à minha evolução…

À Drª. Alexandra Correia e às Enfermeiras Emília Soveral, Sofia Nuno e Marta Gaio pela paciência, abertura e confiança demonstradas…

À Associação Acreditar, pelas valiosas oportunidades de aprendizagem proporcionadas

Às equipas da Unidade de Saúde Familiar Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras, da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia, do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras, pelo dinamismo na concepção, implementação e sustentabilidade dos projectos conjuntamente desenvolvidos…

A todas as crianças e famílias de quem cuidei…Foram elas que me mostraram o verdadeiro sentido dos Cuidados de Enfermagem Especializados na Promoção da Parentalidade Positiva…

LISTA DE ABREVIATURAS

Artº. – artigo
Cit. – citado
D.L. – Decreto – Lei
Drª. - Doutora
Enfº./ª. – Enfermeiro/a
Nº. – número
p. – página
RN – Recém-Nascido
UG – Urgência Geral
UP – Urgência Pediátrica

LISTA DE SIGLAS

CE – Council of Europe
CHTV – Centro Hospitalar de Torres Vedras
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
CSTV – Centro de Saúde de Torres Vedras
DGS – Direcção Geral da Saúde
EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
GTVMT – Grupo de Trabalho na Violência e Maus Tratos
HDE – Hospital Dona Estefânia
IAC – Instituto de Apoio à Criança
ICN – Internacional Council of Nurses
IPO – Instituto Português de Oncologia
NHACJR – Núcleo Hospitalar Apoio Crianças e Jovens em Risco
NIDCAP - *Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program*
OE – Ordem dos Enfermeiros
UCF – Unidade Coordenadora Funcional
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCP – Universidade Católica Portuguesa
USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

	Página
0. INTRODUÇAO	9
1. A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA	12
1.1. A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA E A ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA	14
2. O CAMINHO PERCORRIDO...	16
2.1. *ACREDITANDO...*	16
2.1.1. O contexto	16
2.1.2. A experiência	17
2.2. *ENSINANDO...*	20
2.2.1. O contexto	20
2.2.2. A experiência	21
2.3. *ATRIBUINDO SENTIDO...*	31
2.3.1. O contexto	31
2.3.2. A experiência	31
2.4. *PROTEGENDO...*	40
2.4.1. O contexto	40
2.4.2. A experiência	41
3. CONCLUSÃO	50
4. REFERÊNCIAS	52
ANEXOS	59
Anexo I – Planeamento de Actividades	60
Anexo II – Artigo *"É possível Acreditar" – Uma Experiência com crianças portadoras de Doença Oncológica e suas famílias*	63
Anexo III – Manual de Orientação do Curso para Pais	78
Anexo IV – Relatório da Formação – Apresentação do Curso para Pais *"Por Ti"*	160
Anexo V – Relatório da Formação – *"Vamos Pensar em Segurança Infantil"*	182

Anexo VI – Artigo *"Por uma Parentalidade Positiva" – Uma Estratégia de Intervenção em Enfermagem* 227

Anexo VII – Folheto – *"O que fazer quando o seu filho tem vómitos?"* 244

Anexo VIII – Cartas Terapêuticas 247

Anexo IX – Relatório da Formação – *"Cuidados com a Praia/Massagem Pais – Filhos"* 253

Anexo X – Apresentação "*Papás, Vamos à Praia*" 286

Anexo XI – Relatório da Formação – "*Cuidados com a Praia"* 300

Anexo XII – Manual de Fundamentação do Projecto *"Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido*" 321

Anexo XIII – Instrução de Trabalho do Projecto *"Os Cinco Sentidos do Recém – Nascido"* 339

Anexo XIV – Relatório da Formação "*Os Cinco Sentidos do Recém – Nascido"* 346

Anexo XV – Livro *"Olá Papás"* 395

Anexo XVI – Guia de Utilização do Livro *"Olá Papás"* 404

Anexo XVII – Check List para uma Avaliação da Qualidade 407

Anexo XVIII – Relatório da Formação - "*Parentalidade Positiva*" - Uma Estratégia de Intervenção em Enfermagem na UCIN 412

Anexo XIX – Manual do Projecto "*Intervir para Prevenir"* 435

Anexo XX – Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem na Promoção da Parentalidade Positiva 507

Anexo XXI – Guia Orientador do Jornal de Parede *"Juntos Crescemos"* 542

Anexo XXII – Relatório da Formação – Apresentação do Projecto "*Intervir para Prevenir*" 560

0.INTRODUÇÃO

A Enfermagem é, ao longo dos tempos, marcada por influências teóricas que enriquecem e credibilizam a sua prática, atribuindo-lhe um carácter dinâmico, aberto e uma progressiva consistência ao corpo de conhecimentos de que hoje se reveste. Como ciência em desenvolvimento, *"o sentido e o futuro da prática da Enfermagem são determinados pela concepção que se tem da qualidade dos cuidados, que não pode limitar-se à dos actos efectuados nem ao modo como eles estão organizados"* (HESBEEN, 2001, p.222). Desta forma, como representante desta profissão, o confronto diário entre os meus limites, valores, motivações, sentimentos e as minhas próprias acções é, indubitavelmente, indispensável a todo um processo contínuo de auto-conhecimento e crescente evolução pessoal e profissional. Com ele, busco uma progressiva compreensão do Outro e um Cuidar mais adequado às suas necessidades.

O ingresso no 3º. Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa (UCP), é consequência directa desta minha forma de agir. Como parte integrante do plano de estudos deste Curso, a Unidade Curricular – Estágio surge como um percurso privilegiado de aprendizagem, uma vez que possibilita a mobilização de saberes teóricos em diferentes contextos da prática, necessária a um agir profissional competente (BOTERF, 2005). Assumindo como ponto de partida a minha experiência profissional na referida área, aliada a um sem número de novas experiências decorrentes deste percurso, reúnem-se condições para a almejada construção de um perfil de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista como *"(…) um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (…)"* (ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE), 2009, p.4).

De forma antecipatória e como fio condutor de todo o Estágio, foi elaborado um projecto, no qual foram definidos objectivos, seguidos de actividades e estratégias para a sua concretização. No decorrer da operacionalização do mesmo, foram efectuados os necessários ajustes para a sua pertinência e adequação à prática, sendo os resultados finais arquivados num Portfólio Reflexivo. Subjacente a este projecto e, consequentemente a todo o percurso formativo, esteve a temática da **Promoção da Parentalidade Positiva**.

O enfoque no papel parental é, nos dias de hoje, indissociado de uma prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria de Excelência, sustentada em modelos teóricos, evidência científica e documentos norteadores da profissão, que demonstram a importância dos pais como principais cuidadores da criança. A sua capacitação para este papel enquadra-se nas funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) que *"(…) implementa*

e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (…)" (OE, 2009, p.21). Com enfoque nos ganhos em saúde decorrentes desta parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, fundamentada pelo Modelo Teórico de Anne Casey criado em 1988, direccionei a minha actuação ao longo do Estágio para a promoção, suporte e apoio à intervenção parental, com realce nos pontos fortes e positivos da relação pais/filhos sugerida nos Princípios da Parentalidade Positiva (COUNCIL OF EUROPE (CE), 2008). A recente aplicação desta temática no domínio da Enfermagem gera a necessidade do seu aprofundamento, suscitando o meu interesse pela sua escolha e o entusiasmo pelos resultados obtidos na prática.

Composto pela frequência de dois módulos, este percurso foi realizado no período de 20 de Abril a 19 de Novembro de 2010. O Módulo I, referente aos Cuidados de Saúde Primários, comportou uma carga horária de 180 horas e decorreu de 20 de Abril a 19 de Junho no **Centro de Saúde de Torres Vedras – Unidade de Saúde Familiar Gama** (CSTV – USF Gama); contemplou no seu início uma observação participada de três dias na **Associação Acreditar**, como recurso da comunidade. O Módulo III, foi desenvolvido em duas fases, sendo que a primeira (de 27 de Setembro a 22 de Outubro), direccionada para a valência de Neonatologia, foi realizada na **Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia** (UCIN do HDE) em 90 horas presenciais; a segunda fase (de 25 de Outubro a 19 de Novembro), direccionada para a valência de Urgência Pediátrica, foi realizada no **Centro Hospitalar de Torres Vedras** (CHTV) **– Serviço de Pediatria, Unidade de Urgência Pediátrica** (UP), igualmente em 90 horas de contacto.

Ao Módulo II, a que corresponde a valência de Internamento Médico – Cirúrgico, que pressupõe uma carga horária de 180 horas, foi-me atribuída creditação (10 ECTS), pela minha experiência profissional de 6 anos no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras. O desenvolvimento continuado e progressivamente proficiente de competências ao nível da prestação de cuidados diferenciados à criança internada e família, aproxima-me do conceito de perito referido por BENNER (2001), uma vez que me é possível refinar teorias e noções pré-adquiridas, prevendo o que se segue, num domínio de conhecimento aprofundado de situações neste contexto. A análise crítica, a intervenção na complexidade, a adaptabilidade, a tomada de decisão e a reflexão ética, moral e legal são competências transferidas para os diferentes contextos do Estágio, que facilitaram e enriqueceram a minha aprendizagem.

De forma a percorrer um caminho responsável, autónomo e interdependente, munido da motivação que impulsiona a procura de respostas a necessidades e inquietações pessoais e profissionais, a escolha dos diferentes contextos da prática visou, de modo transversal, a aplicabilidade do projecto e temática subjacente, bem como a procura de novas oportunidades de aprendizagem.

De modo particular, a aposta na Associação Acreditar é justificada pelo pouco contacto na minha prática profissional com a complexidade da doença oncológica; a opção pelo CSTV –

USF Gama prendeu-se com a minha anterior experiência profissional no local que, ao facilitar o diagnóstico de situação, possibilitaria o confronto e consequente reflexão, entre a prática desenvolvida no passado e a prática actual, alicerçada em novos conhecimentos; a pretensão para que a valência de Neonatologia fosse realizada na UCIN do HDE relacionou-se com a referência da unidade a nível dos cuidados neonatais, na qual pudesse desenvolver e mobilizar competências especializadas para a minha prática profissional em neonatologia. Por último, a escolha do CHTV – Unidade de Urgência Pediátrica baseou-se na necessidade de implementar um projecto inovador no meu próprio local de trabalho, desenvolvendo uma área pouco aprofundada neste contexto e, contribuindo assim para a melhoria da Qualidade dos Cuidados.

Como espelho do percurso formativo apresentado e atendendo a uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva, este relatório pretende:

- Transmitir os objectivos propostos, actividades desenvolvidas, resultados obtidos e competências do EESIP adquiridas, ao longo do Estágio;

- Analisar, de forma crítica, a pertinência da tomada de decisão pelas acções desenvolvidas nos diferentes contextos da prática, onde o Estágio foi realizado;

- Identificar sugestões de melhoria futura, na assistência especializada em Saúde Infantil e Pediatria;

- Reflectir sobre o impacto desta experiência no meu processo contínuo de aprendizagem pessoal e profissional.

Procurando, com clareza, a visibilidade da experiência desenvolvida, este documento encontra-se estruturado, de forma sequencial e lógica em 3 capítulos. No primeiro, é apresentada, justificada e sustentada a temática central do relatório, devidamente adaptada à área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. No segundo capítulo, são descritos e analisados os objectivos específicos, actividades desenvolvidas e competências especializadas adquiridas, nos diferentes contextos da prática, onde o Estágio foi realizado. Por último, na conclusão, são evidenciados os contributos desta experiência, quer ao nível de mudanças das práticas, quer ao nível pessoal e profissional; são ainda apresentadas sugestões de projectos futuros, em diferentes domínios da referida área de especialização.

Se me é permitido, este relato surge na primeira pessoa do singular dos tempos verbais, no sentido de facilitar a comunicação da riqueza pessoal com que se revestiu a experiência vivenciada. Privilegiadamente acompanhada por diferentes intervenientes neste percurso, os resultados da minha intervenção são fruto de um trabalho conjunto e meritório para todos os que nele deram o seu contributo.

1. A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA

"Diz-me e eu esquecerei;
Ensina-me e eu lembrar-me-ei;
Envolve-me e eu aprenderei"

PROVÉRBIO CHINÊS

A família constitui o alicerce fundamental que dá suporte ao que somos e ao que fazemos ao longo de toda a nossa vida. Como principal núcleo cuidador e educativo, o seu papel é de extrema importância no desenvolvimento harmonioso das crianças (CE, 2008). No seio da dinâmica familiar, a parentalidade como "*acção de (…) assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai (…)"* (INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN), 2009, p.43), pode ser entendida como um processo de adaptação dos pais ao seu novo papel, pela responsabilidade de gestão nas respostas da criança, nas suas próprias respostas e nas da família (CRUZ, 2005).

A consciência de que cuidar e educar um filho não constituem tarefas inatas, remete para o esforço necessário na adaptação à singularidade de cada criança e ao exercício da parentalidade, influenciado pelos diferentes contextos familiares e sociais. Assim, o papel parental concretiza-se, por um lado, em função das necessidades específicas dos filhos e, por outro, na vontade de corresponder positivamente às expectativas familiares e sociais atribuídas aos pais (RELVAS, 2000). Desta forma, é considerada uma das tarefas mais desafiantes e complexas da vida adulta e é, actualmente, alvo de vários estudos científicos.

As rápidas e profundas transformações da sociedade actual afectam as suas estruturas, não excluindo o funcionamento familiar e, com ele, as funções parentais. A elas acresce o exigido cumprimento simultâneo das funções conjugais, pessoais e profissionais por parte de ambos os elementos de um casal, influenciando, por sua vez, a qualidade da relação pais/filhos. Estas e outras preocupações ligadas à realidade onde crescem e são educadas as crianças, levaram o COUNCIL OF EUROPE (2008) a reunir consensos na Conferência "*Changes in Parenting: Children Today, Parents Tomorrow"*, em Estrasburgo no ano 2006. Nela foi realçada a importância de um ambiente harmonioso, estável e positivo, onde quer os pais, quer as próprias crianças encontrem um espaço próprio e sejam amados e reconhecidos. Neste contexto, torna-se necessária uma nova atitude no relacionamento dos pais com os seus filhos, bem como novas exigências no exercício das responsabilidades parentais; uma atitude que reconheça a criança como Pessoa que tem necessidades e opiniões, que a estruture, responsabilize e valorize, ajudando-a a adquirir auto-estima e auto-confiança, promovendo o seu bem-estar e desenvolvimento harmonioso.

Considerando os pais como os titulares da responsabilidade parental e as crianças os sujeitos até aos 18 anos de idade (CE, 2008), o conceito de **Parentalidade Positiva** é definido como

> "*um comportamento parental baseado no **Superior Interesse da Criança**; fundado no respeito pelos seus direitos, que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas, através da protecção dos riscos e da criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia*" (idem ibidem, p.144).

Subjacentes a este conceito, encontram-se diferentes Princípios e Recomendações, baseados na CONVENÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA (1988) e noutros documentos oficiais nacionais e internacionais, que conferem uma enorme responsabilidade aos pais pela protecção, respeito pela Dignidade da criança e manutenção de um ambiente familiar acolhedor, seguro, de empenho mútuo por parte de todos os membros.

De acordo com o COUNCIL OF EUROPE (2008), o reconhecimento das crianças e dos pais como titulares de direitos e sujeitos a obrigações, com um potencial natural e pluralista e, parceiros essenciais na optimização do potencial de desenvolvimento da própria criança, constituem os **Princípios** básicos da Parentalidade Positiva. As **Recomendações** referem-se ao *compromisso* (os pais devem comprometer-se a proporcionar cuidados e atenção regular e personalizada às suas crianças); à *disciplina assertiva* (os pais devem educar as suas crianças aplicando uma disciplina compreensiva e compassiva, sem violência de qualquer tipo, abolindo os castigos corporais); a*o ambiente emocional* (os pais devem assegurar às suas crianças um ambiente de apreço e reconhecimento); ao *ambiente físico* (os pais devem promover um ambiente físico saudável e organizado, que garanta as condições de segurança e de salubridade necessárias ao desenvolvimento integral da criança); ao *sentido de inclusão na família* (os pais devem assegurar o sentimento de pertença e o direito à participação na vida familiar); à *confiança mútua* (pais e criança devem olhar-se mutuamente como Seres Humanos e criar uma relação de proximidade); aos *exemplos positivos* (os pais devem constituir-se como modelos emocionais positivos para as crianças, transmitindo-lhes pensamentos e comportamentos emocionalmente saudáveis); e à *orientação e instrução* (os pais devem desenvolver permanentemente as suas competências parentais, com o intuito de definirem objectivos motivadores para as crianças, relativamente à sua autonomia e responsabilização).

Com base nestes conceitos, o exercício da Parentalidade Positiva envolve mudança, ajustamento e aprendizagem de competências necessárias à tomada de decisão parental, perante a compreensão e gestão do comportamento das crianças, permitindo aos pais uma progressiva confiança na sua própria parentalidade (FIELDEN e GALLAGHER, 2008). Esta fundamental confiança dos pais no seu papel e na sua capacidade e responsabilidade para a solução de problemas, exige dos profissionais uma abordagem de apoio positiva, baseada nos

pontos fortes e no potencial parental para a promoção da saúde e do desenvolvimento da criança (HEAMAN et al, 2005).

1.1. A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA NA ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Sendo uma temática pouco aprofundada no domínio da Enfermagem, a Parentalidade Positiva foi recentemente incorporada como foco de atenção, denominado de "*Parentalidade Efectiva – Positive Parenting",* na versão 2.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ICN, 2010). Os EESIP ocupam uma posição privilegiada na promoção desta temática, pela proximidade com os pais nos diferentes contextos da prática de cuidados à criança. A consciência desta proximidade, aliada à *"(…) complexidade biopsicossocial e espiritual e à singularidade de cada família*" (NEUMAN cit. por TOMEY e ALLIGOOD, 2002, p.216), que condicionam a forma como é vivenciada a experiência da parentalidade, constituiu o principal desafio assumido na escolha deste tema que norteou todo o meu percurso formativo. Almejando a saúde infantil e a prevenção da doença ou disfunções na criança (PORTUGAL, 2005) e a salvaguarda dos seus Direitos (artº. 81º. do D.L. nº. 93 de 21 de Abril de 1998), procurei estabelecer uma **relação de parceria com os pais**, reconhecendo, com eles, o seu "*potencial de saúde (…), através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida (…)"* (OE, 2002, p.9), no sentido do "*bem-estar e auto-cuidado*" (idem ibidem, p.9) familiares.

CASEY (1993) considera que os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, constitui uma filosofia subjacente à Enfermagem Pediátrica da década de noventa. Sustentada pela actualidade da mesma e pelos ideais defendidos pela autora, nomeadamente que *"para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor (…)"* (CASEY, 1993, p.185), reconhecendo que *"os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança"* (idem ibidem, p.233), a relação de parceria estabelecida, assentou em dois princípios fundamentais. O primeiro correspondeu à atribuição de poder parental, o ***empowerment*** (CE, 2008), através da criação de oportunidades e meios adequados ao desenvolvimento de competências, rumo à capacitação dos pais para a tomada de decisão no processo de cuidados; o segundo princípio remeteu a relação de parceria, construída na confiança e respeito mútuos, para uma diária **negociação** da participação parental nos cuidados à criança, consoante a habilitação e desejo dos pais.

O modelo da Parceria de Cuidados de Casey é alvo de diferentes interpretações. Neste sentido, HUTCTHFIELD (1999) propõe uma pirâmide que exemplifica o caminho percorrido até que seja conseguido um nível de autonomia familiar. Assim, o primeiro nível corresponde ao **envolvimento** necessário dos enfermeiros com os pais e dos pais com a criança, para posteriormente ser obtida a **participação** parental nos cuidados ao filho, estabelecendo-se a

consequente **relação de parceria**, até que os **cuidados sejam centrados na família**, com apoio, suporte e supervisão do enfermeiro.

Embora considerando estes conceitos interdependentes, mas de forma a compreendê-los aprofundada e individualmente, optei por percorrer a pirâmide sugerida por esta autora, na adaptação do modelo de Casey aos diferentes contextos do Estágio. Assim, no CSTV – USF Gama, apostei no envolvimento parental pelo fomento da relação pais/filho, por meio de estratégias de capacitação para o desempenho do seu papel; na UCIN, pela presença constante dos pais ao lado do Recém-Nascido internado, foi possível obter a sua participação nos cuidados e o estabelecimento de uma relação de parceria com estes, negociada em diferentes momentos. Por último, na UP, pela brevidade de contacto com os pais, esteve subjacente o conceito de cuidados centrados na família, cabendo-me o dever de os supervisionar e, se necessário, encaminhar para outras entidades de suporte.

Ao longo deste caminho e com base no modelo de Casey, onde não são estabelecidas fronteiras rígidas entre os cuidados prestados pelos enfermeiros e os cuidados prestados pelos pais, designados de cuidados familiares (CASEY, 1993), procurei, como futura EESIP, assumir o papel de facilitadora, que *"assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde"* (OE, 2009, p.21). Simultaneamente, procurei cuidar *"da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade"* (idem ibidem, p.22), quer em contexto comunitário, quer hospitalar, considerando a família, mais concretamente os pais, como parceiros e alvo dos meus cuidados.

Neste sentido, a Promoção como *"(…) acção de (…) ajudar alguém a começar ou a progredir (…)"* (ICN, 2009, p.131) da Parentalidade Positiva, com ênfase não só no suporte e apoio, mas fundamentalmente no reforço positivo do papel parental, foi assumida ao longo do Estágio, como objecto de intervenção do EESIP. De acordo com uma metodologia científica proposta pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), descrita no nº. 3 do artº. 5º. do D.L. nº. 161/96 de 4 de Setembro) e, com recurso a *"(…) estratégias motivadoras da criança e família para a assumpção dos seus papéis em saúde"* (OE, 2009, p.21), esta temática norteou a tomada de decisão pelas acções desenvolvidas, a aprendizagem de competências especializadas e os ganhos em saúde decorrentes da experiência, conforme procuro evidenciar no capítulo seguinte.

2. O CAMINHO PERCORRIDO…

"Só aqueles que arriscam ir demasiado longe,
ficarão a saber até onde podem ir"
T.S.ELLIOT

A aquisição de competências científicas, técnicas e humanas exigidas ao Enfermeiro Especialista, conforme o nº. 3 do artº. 4º. do D.L. nº. 161/96, de 4 de Setembro, passa pela capacidade retrospectiva e prospectiva de reflectir sobre um determinado percurso. Assim, a compreensão de cada situação em particular, vivenciada ao longo do Estágio, permitiu *"(…) apreender directamente o problema, sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis (…)"* (BENNER, 2001, p.58), encontrando um conjunto de respostas diferentes, em contextos diferentes, para pessoas diferentes (OE, 2002).

Estabelecendo como padrão de conhecimentos o Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional da Universidade Católica Portuguesa (UCP, 2008), bem como o Modelo de Desenvolvimento Profissional elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009), projectei, de forma transversal aos dois módulos do Estágio frequentados, o seguinte objectivo:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no âmbito da Promoção da Parentalidade Positiva.

No seu cumprimento foram considerados os diferentes domínios de intervenção do EESIP, nomeadamente a responsabilidade profissional, ética e legal, a gestão da qualidade e da prestação de cuidados e o desenvolvimento profissional. O relato da experiência nos diferentes módulos é iniciado com uma breve contextualização e diagnóstico de situação, que permitem justificar a necessidade dos objectivos específicos formulados e actividades seguidamente apresentadas.

2.1. ACREDITANDO…

"O essencial é invisível para os olhos"
SAINT - EXUPÉRY

2.1.1. O contexto

A Acreditar – Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro, é uma Instituição Privada de Solidariedade Social que possui o objectivo de promover uma melhor qualidade de vida, durante os períodos de tratamento, às crianças e famílias com doença oncológica, bem como o

de sensibilizar a sociedade para a existência desta problemática. O seu lema principal consiste em *"tratar a criança com cancro e não só o cancro na criança"* (ACREDITAR, 2001, p.1)

A sua actividade é desenvolvida maioritariamente por elementos voluntários multidisciplinares, nos quais se incluem pais de crianças ex-doentes e crianças ex-doentes ("*Barnabés"*). Estes últimos partilham a sua própria experiência, como forma de ajuda aos que se deparam com a realidade da doença oncológica nas suas vidas.

De entre o vasto leque de iniciativas desenvolvidas pela Acreditar, mais especificamente pelo Núcleo Sul, estreitamente articulado com o Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa, com os quais foi possível contactar, destaco:

- **Casa *Acreditar* de Lisboa**: local de acolhimento no período de tratamento oncológico, destinados a crianças e famílias residentes fora da região onde o IPO de Lisboa se encontra localizado. A responsabilidade de gestão desta Casa cabe a uma enfermeira, que procura trabalhar em parceria com os residentes para uma melhor adaptação e vivência da realidade com que se deparam;

- **Actividades Lúdicas**: os voluntários proporcionam momentos lúdicos às crianças, quer pela visita aos serviços de Pediatria Oncológica e à Casa *Acreditar*, quer pelo acompanhamento que realizam em actividades de lazer organizadas;

- **Apoio emocional e informativo às Famílias**: os voluntários deslocam-se ao IPO de Lisboa, com o intuito de ouvir, confortar e informar as famílias das crianças com doença oncológica recém-diagnosticada sobre os recursos físicos, psicológicos, sociais e legais disponibilizados pela Instituição;

- **Publicações**: são editadas diversas publicações destinadas às crianças e famílias, que abordam, de forma acessível, a problemática da doença e respectivos tratamentos. O Boletim da Acreditar constitui um meio de divulgação das suas actividades;

- **Ofertas de material**: sempre que possível, são oferecidos aos serviços de Pediatria Oncológica, materiais que possam humanizar o contexto hospitalar, tais como brinquedos para as crianças.

2.1.2. A experiência

Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS, 2010), o cancro é uma das principais causas de morte em Portugal, em crianças dos 3 aos 14 anos de idade. O seu diagnóstico e prognóstico, muitas vezes incerto, acarreta alterações de vida, geradoras de um sofrimento físico, psicológico, social e espiritual na criança e sua família (RAMINHOS, 2004). É na família e com a família, que a criança trava uma luta diária pela adaptação à doença e à sua nova condição de vida, clamando pelo suporte de outras entidades que, com ela, experienciam esta vivência.

É nesta luta, que a actividade da Acreditar pode marcar a diferença na qualidade de vida da criança com doença oncológica e sua família.

Com base nestes fundamentos e na necessidade de contacto com a complexidade da doença oncológica, no percurso formativo do EESIP, bem como de conhecimento deste recurso comunitário de suporte, para o *"(…) encaminhamento de situações (…)"* (PORTUGAL, 2005, p.4) apropriadas, ao longo da minha prática profissional, tracei os seguintes **objectivos específicos** para este primeiro momento de aprendizagem:

1. *Compreender a importância da Acreditar como recurso de suporte à vivência da doença oncológica na criança e família.*

Inicialmente, com o intuito de conhecer a instituição, foi realizada uma **reunião informal com a Psicóloga responsável pelo Núcleo Nacional**, seguida de uma **visita às instalações deste e do Núcleo Sul, bem como ao serviço de Pediatria do IPO de Lisboa**. Posteriormente foi efectuada uma **consulta das publicações da instituição, bem como dos manuais que documentam os seus projectos**. Afim de organizar os três dias de observação neste contexto, foi elaborado, com orientação da Psicóloga responsável pelo Núcleo Nacional, um **documento para planeamento de actividades (Anexo I)**.

Por meio de uma **observação participada nas actividades da instituição**, nomeadamente na entrega de brinquedos, nas actividades lúdicas no IPO e no apoio emocional e informativo aos pais, foi possível o contacto directo com crianças e famílias hospitalizadas, o qual não fazia parte das minhas expectativas. Procurei reagir, reflectindo constantemente e adoptando diferentes estratégias de conforto psicológico, social e físico à criança (KOLCABA, 2003) e reforço do papel parental (CE, 2008), na ajuda que o EESIP pode prestar nestas situações.

Esta experiência mostrou-me que o sofrimento da criança com doença oncológica é muito mais complexo do que imaginava… Trata-se de um sofrimento *único* e, por isso, difícil de compreender, *imposto* pela violência dos tratamentos e, *omnipresente* pela permanência das consequentes que dele advêm (LUCAS, 2008, p.24-25). Se a doença se torna violenta para a criança, igualmente se torna para os pais, que lidam com variadas formas de reacção à mesma e encaram inúmeras dificuldades na procura de uma adaptação do filho/a à nova condição de vida. Diferentes histórias de vida, diferentes sentimentos, que me ajudaram a compreender a importância do suporte necessário à vivência desta situação.

Em pouco tempo integrada no espírito dos voluntários da Acreditar, constatei que a sua entrega ao próximo é grandiosa e a sua força, um motor diário de inovação, que procura proporcionar às crianças com doença oncológica e famílias, as mesmas oportunidades ao alcance das crianças saudáveis. O empenho destas pessoas, em troca de sorrisos e palavras

de gratidão, constitui em exemplo de responsabilidade, cooperação e solidariedade social, de extrema importância no suporte à vivência da doença oncológica em crianças e pais, conforme refere VARA (1996).

2. *Reflectir sobre o papel da Enfermeira na Casa Acreditar de Lisboa, na Promoção da Parentalidade Positiva.*

A elaboração deste objectivo prendeu-se com a necessidade de contacto com o trabalho de parceria entre os pais e a enfermeira, na tentativa de o confrontar individualmente com os meus conhecimentos no âmbito da Promoção da Parentalidade Positiva. Não obstante, o dever ético do enfermeiro em *"(…) ser solidário com a comunidade em situações de crise (…)"* (alínea d) do artº. 79º. do D.L. nº. 93 de 21 de Abril de 1998), levou à emergência da necessidade de compreensão do papel desta enfermeira ao nível de um recurso da comunidade. Afim de dar resposta ao objectivo, foi realizada uma **entrevista informal à enfermeira**, bem como uma posterior **visita às instalações da Casa** e, por meio de uma **observação participada nas rotinas diárias das famílias residentes**, foi possível identificar os aspectos alvos da minha reflexão.

A Parceria de Cuidados descrita por CASEY (1993) e os Princípios e Recomendações subjacentes ao exercício da Parentalidade Positiva (CE, 2008) são evidentes no trabalho da enfermeira com os pais. Desde o momento que os acolhe na Casa, o seu grande objectivo é ajudá-los a optimizar as suas próprias forças, negociando com eles estratégias que lhes permitam adaptar à situação e, por sua vez, cuidar do filho doente. O apoio na auto-gestão das suas dificuldades, o reforço positivo das suas conquistas, muitas vezes através da promoção de actividades e espaços próprios para os pais, são exemplos de atitudes da enfermeira na promoção de um ambiente físico e emocional favoráveis ao desempenho do papel parental, que se repercute em exemplos positivos para o bem-estar da criança.

A sua presença constante no dia-a-dia destas famílias permite o conhecimento profundo e singular das suas necessidades, assumindo um papel de parceira, conselheira, facilitadora e "*membro da família"*. Os resultados da sua intervenção são reflectidos na harmonia, alegria e união que reina na Casa, com todo o optimismo e vontade de viver o presente que, incrivelmente, muitos residentes demonstram. Enquanto futura especialista e perante situações de doença oncológica e/ou crónica, recordar-me-ei da importância de buscar o positivo que o impacto negativo do sofrimento pode trazer, promovendo a esperança, a adaptação à doença, cuidando com amor, dedicação e acreditando nas potencialidades de cada criança e família.

A riqueza desta experiência levou-me a redigir um **artigo (Anexo II)**, no qual se encontram reflectidas as vivências pessoais e os contributos delas provenientes, estruturado de acordo com as regras de uma revista indexada, aguardando uma futura publicação. A vontade de dar

continuidade à aprendizagem decorrente deste momento do Estágio, levou-me a integrar o grupo de voluntários da Acreditar, com o qual pretendo aprimorar as seguintes competências desenvolvidas e descritas no Regulamento deste Mestrado (UCP, 2008, p.4-5): "*demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família (…)"* e *"demonstrar a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas (…)",* necessária nos diferentes momentos de contacto com a realidade do cancro infantil.

2.2. ENSINANDO…

"*Apaixona-te pela matéria que ensinas.*
O entusiasmo é contagioso"
KATAFIAS

2.2.1. O contexto

A USF Gama é uma unidade do CSTV, por sua vez integrado no Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul. Detentora de autonomia funcional, organizativa e técnica, tem como missão *"manter e melhorar o estado de saúde da população abrangida, através da prestação de cuidados de saúde personalizados, globais, acessíveis e continuados"* (CSTV, 2007, p.1). A sua actuação é desenvolvida por uma equipa multidisciplinar, que dá resposta a cerca de 17334 utentes da população de Torres Vedras (idem ibidem, p.2).

A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil é da responsabilidade de duas EESIP, sendo uma delas a coordenadora da USF, que programam e gerem o esquema de consultas, de forma oportuna e articulada com a consulta médica e restantes valências multidisciplinares. Os seus objectivos prendem-se com a "*promoção do auto-cuidado, contribuindo para a aquisição de competências por parte dos pais/educadores na manutenção da saúde das crianças" e na prevenção/actuação em situações de risco"* (USF GAMA, 2010, p.5). Tendo por base as Orientações Técnicas da Direcção Geral de Saúde para a Promoção da Saúde Infantil e Juvenil (PORTUGAL, 2005), esta consulta é autónoma e contempla, desde a visitação domiciliária ao recém-nascido e puérpera, toda a vigilância, acompanhamento e encaminhamento necessários à criança até à idade escolar e família, incluindo a vacinação. O registo e monitorização deste trabalho são efectuados por meio do sistema informático, que comporta um Resumo Mínimo de Dados apropriado à área de actuação de Enfermagem, em linguagem CIPE, versão Beta 2.

A existência de uma Unidade Coordenadora Funcional (UCF) do Oeste, da qual uma das EESIP da USF é membro, possibilita uma eficaz articulação funcional entre os cuidados de saúde primários e o Centro Hospitalar de Torres Vedras, no âmbito da saúde materna, infantil e juvenil. A sua actividade actual pretende, sobretudo, a uniformização da informação entre os

profissionais e, por sua vez, entre a comunidade, alcançada por meio de reuniões e acções de formação multidisciplinares, que resultam na elaboração de documentos orientadores da prática para ambos os contextos e no domínio da educação para a saúde (UCF OESTE, 2002).

2.2.2. A experiência

O conhecimento prévio deste contexto, pela minha anterior experiência profissional, assim como pela actual articulação estabelecida entre ele e o Centro Hospitalar de Torres Vedras, no qual exerço funções, permite-me afirmar que a promoção da saúde infantil pelo **envolvimento e capacitação** dos pais nos cuidados à criança é, de facto, uma preocupação diária dos profissionais desta USF. Neste âmbito e, estabelecendo um paralelismo com o primeiro nível do percurso proposto na pirâmide de HUTCHFIELD (1999) referente à interpretação do modelo de Casey, a minha actuação enquanto futura EESIP, centrou-se na relação pais/filho e em estratégias de capacitação, tais como o *"(…) ensino, instrução (…)"* (OE, 2009, p.21), rumo ao desenvolvimento de competências que permitam aos pais um desempenho saudável e autónomo do seu papel, enquanto parceiros e principais cuidadores e educadores das crianças.

Assim, é justificada a pertinência de modelos de capacitação centrados nos pais, como os sugeridos pelo conceito de ***empowerment*** (CE, 2008) no âmbito da Parentalidade Positiva, que visam a responsabilização e participação parental activa nos diferentes assuntos relacionados com os filhos. Inserida nestes modelos, a formação parental é definida como *"o processo de fornecer aos pais (…) conhecimentos específicos e estratégias para ajudar a promover o desenvolvimento da criança"* (MAHONEY et al, 1999, p.57) e, como tal, deve incidir em conteúdos que permitam a compreensão do potencial de desenvolvimento e gestão do comportamento da criança, bem como o apoio e estimulação ao papel positivo dos pais (CE, 2008).

A implementação de diferentes programas, tais como o *Positive Parenting* (LONG et al, 2001) e o *Parenting Education Program*, desenvolvido pela *Royal New Zealand Plunket Society* (LOPES et al, 2010), cujo objectivo comum consiste em promover competências parentais positivas através do ensino, evidencia resultados benéficos para pais e crianças. Entre eles, destacam-se a melhoria dos conhecimentos parentais, da prestação de cuidados à criança, da relação pais/filhos, a aquisição de habilidades específicas e auto-estima por parte das crianças. A procura de ganhos em saúde decorrentes destes e de outros programas com objectivos similares, constitui uma finalidade da assistência em Enfermagem especializada à criança e família.

No contexto da USF, esta assistência encontra-se dificultada pelo elevado número de utentes, aliado às limitações temporais e de recursos humanos, que condicionam a abordagem

pormenorizada aos pais dos diferentes temas preconizados pelo Programa Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (PORTUGAL, 2005), durante a Consulta de Enfermagem. Esta realidade leva-me a reflectir sobre a actual situação da Saúde em Portugal, recordando a necessidade de uma atitude proactiva e criativa que o EESIP deve possuir, no sentido de fazer face às dificuldades encontradas na prática e garantir, tanto quanto possível, a Qualidade dos Cuidados prestados.

Assim, a criação de uma estratégia de intervenção grupal por parte do EESIP que *"procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família (…), no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde"* (OE, 2009, p.21), seria uma solução que rentabilizaria a abordagem dos temas inerentes à Consulta. Mantida esta oportunidade de contacto individual e personalizado, o ensino parental em grupo, defendido por FIELDEN e GALLAGHER (2008), constituiria uma forma de partilha de experiências, permitindo aos pais a aquisição de confiança na parentalidade, uma mudança positiva das suas práticas e sobretudo a construção e optimização de capital social, isto é, de recursos comunitários. Neste sentido e, após o parecer positivo das EESIP, foi delineado o seguinte objectivo específico:

1. Implementar uma estratégia de assistência sistematizada e promotora da Parentalidade Positiva, a casais grávidos a partir do 2º. trimestre da gravidez seguidos na Consulta de Enfermagem de Saúde Materna e pais de crianças até 1 ano de idade seguidos na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil.

Esta estratégia consiste num curso de formação parental, organizado em 10 sessões de grupo, que pretende fornecer aos destinatários, as ferramentas necessárias ao exercício da Parentalidade Positiva, estimulando e reforçando a importância do seu papel no Superior Interesse da Criança. Igualmente espera incutir a vivência da parentalidade de forma positiva na família, fornecendo aos pais e futuros pais mecanismos de adaptação face às dificuldades que esta tarefa possa gerar. Apresenta como objectivos:

- Promover um espaço de reflexão em grupo, com consequente partilha e esclarecimento de dúvidas, receios, sentimentos e expectativas por parte dos casais grávidos a partir do 2º. trimestre da gravidez e pais de crianças no 1º. ano de vida;

- Promover o empowerment em matéria de competências parentais positivas a casais grávidos a partir do 2º. trimestre da gravidez e pais de crianças no 1º. ano de vida;

- Fomentar um ambiente de auto-estima, optimismo, segurança, afecto e bem-estar na relação pais-filhos, antes e depois do nascimento.

A elaboração de um **manual de orientação (Anexo III)** destinado aos profissionais envolvidos no curso, constituiu a base necessária ao seu diagnóstico, planeamento, implementação e

avaliação. A estrutura adoptada no manual teve em conta a sequência de parâmetros inerentes a um Plano de Formação preconizados pelo INSTITUTO DO EMPREGO e FORMAÇÃO PROFISSIONAL (2007), mobilizada do Curso de Formação de Formadores que frequentei em 2007. Encontra-se anexado ao manual um **guia para profissionais subordinado à temática da Parentalidade Positiva (anexo 1 do Anexo III)**, elaborado com o intuito de facilitar a sua compreensão. Da mesma forma, as restantes actividades desenvolvidas na construção do curso encontram-se sob a forma de anexo no manual, sendo referenciadas ao longo da análise deste objectivo.

Inicialmente, as **reuniões informais com as EESIP responsáveis pela Consulta de Saúde Infantil**, permitiram desenhar e enquadrar o curso supracitado no âmbito do plano de acção da USF para 2010/2011, nomeando-o de Curso para Pais "*Por Ti*" – Pelo Superior Interesse da Criança. Esta designação prende-se com o principal alvo do exercício da Parentalidade Positiva, dotado de características positivas e potencialidades a desenvolver – a criança. Posteriormente, foi aprofundada a **pesquisa bibliográfica** sobre a temática que o sustenta, enriquecida com o **contacto informal com alguns peritos** na área em Portugal.

Com vista ao desenvolvimento, saúde e bem-estar da criança, a Parentalidade Positiva é fundamental nos primeiros 3 anos de vida, uma vez que o cérebro humano tem grande potencial para a aprendizagem e os pais têm oportunidade para optimizarem o desenvolvimento dos filhos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2005). Assim e, numa perspectiva de ganhos a longo prazo, foram considerados destinatários do curso, os pais de crianças até 1 ano de idade que, tal como refere BRAZELTON (2009), é um ponto de referência para a vida futura. O vínculo estabelecido entre pais e bebés ao longo do primeiro ano de vida, constitui muito mais do que um interesse alimentar ou de garantia da satisfação das suas necessidades básicas (BOWLBY, 1990). Desta forma, o investimento afectivo pais/filho neste período reveste-se de extrema importância no exercício da Parentalidade Positiva e na construção da auto-estima, segurança e desenvolvimento emocional da criança.

A parentalidade é construída desde que o bebé é sonhado pelos seus pais, fazendo sentido intervir igualmente junto dos *casais grávidos*. Segundo GUEDENEY NICOLE e GUEDENEY ANTOINE (2004), a gestação é o início da vinculação mãe/bebé, que se estabelece depois do nascimento e ao longo do desenvolvimento da criança. Esta relação é influenciada por inúmeros factores, tais como a situação conjugal, económica, idade da mãe, experiências anteriores de maternidade e expectativas relativas ao filho (BRAZELTON, 2009); a partir do segundo trimestre e, segundo LIBBY LEE COLMAN e ARTHUR COLMAN (1994), a mãe toma maior consciência em relação ao feto, pela escuta do seu coração, visualização fetal na ecografia e pelo facto de sentir os movimentos fetais. Ainda BERMAN (2006) refere que nesta etapa da gravidez, as necessidades de aprendizagem da mãe estão focadas nos cuidados ao bebé. Neste sentido e, não esquecendo a importância do pai neste processo, afim de promover *"(…) a igualdade de oportunidades a ambos os progenitores no exercício da Parentalidade*

Positiva, no respeito pela sua complementaridade" (CE, 2008, p.145), foi realizada uma **reunião informal com as enfermeiras responsáveis pelo Programa de Saúde Materna**, no sentido se serem incluídos no curso os *casais grávidos* a partir do 2º. trimestre da gravidez.

Uma vez estabelecidos os destinatários, surgiu a preocupação de adaptar o curso às necessidades dos mesmos. Nos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, é focada a *"(…) identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções (…)"* (OE, 2002, p.13). Desta forma, o planeamento do curso deveria ser baseado nas necessidades e escolhas dos pais (FIELDEN E GALLAGHER, 2008), em assuntos do seu interesse (BENZIES et al, 2008; NORR et al, 2003), sendo os restantes focos incluídos de forma faseada e abordados pela positiva. Ainda, o COUNCIL OF EUROPE (2008, p.145) acrescenta o princípio de *"assegurar que os pais (…) sejam envolvidos na elaboração e aplicação das políticas e medidas que lhes são destinadas".* Neste sentido, e após um **pedido prévio ao Coordenador da USF (anexo 2 do Anexo III)**, foi elaborado e aplicado um **questionário estruturado de diagnóstico de necessidades de aprendizagem (anexo 3 do Anexo III)** à população a que o curso se destina.

Apesar de apenas constituir um diagnóstico, a elaboração do questionário foi apoiada em FORTIN (2003), não descurando os princípios éticos subjacentes à investigação. As questões nele contidas relacionam-se com a caracterização da amostra e com a importância do curso e dos diferentes temas preconizados pelo Programa - Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (PORTUGAL, 2005), aliados às Recomendações inerentes ao conceito de Parentalidade Positiva; é ainda contemplado um espaço para temas sugeridos pelos pais. Foi feito um levantamento de todos os *casais grávidos* a partir do 2º. trimestre da gravidez seguidos na Consulta de Enfermagem de Saúde Materna e de todos os pais de crianças no 1º. ano de vida seguidos na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e, enviados, via postal, 91 questionários.

Após recepção dos 52 questionários devolvidos até à data limite (57% da amostra), **os dados foram tratados** no Programa *Excel da Microsoft® Windows 2007* e **encontram-se inseridos no anexo 4 do Anexo III**. De salientar que a maior percentagem de questionários devolvidos correspondeu a casais futuros pais e pais de crianças pela 1ª. vez, ajudando a fundamentar a necessidade de intervenção nesta fracção da amostra. Apoiando este resultado em SVENSSON (2006), que refere que existe maior necessidade de aprendizagem em casais primíparos, foi considerado este aspecto como critério de prioridade na admissão ao curso. No que se refere à importância da implementação deste tipo de cursos, foi obtida a percentagem de 100% da amostra e, relativamente à importância atribuída pelos pais aos diferentes temas, foi tida em conta na estrutura do curso. Por último, os temas sugeridos, os quais a *"importância da auto-estima na criança*" e o "*papel dos pais na educação*", surpreendentemente

relacionados com a Parentalidade Positiva, foram incluídos na sessão referente ao Desenvolvimento Emocional e Moral, tal como acontece na literatura de BRAZELTON (2009).

Ainda no que se refere aos critérios de prioridade na admissão ao curso, foi tomada em consideração a presença de indicadores de risco, de acordo com a tabela utilizada nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil. Conforme salientado pelo Programa - Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (PORTUGAL, 2005), a abordagem de famílias e crianças com necessidades especiais, coloca exigências a que os profissionais devem dar prioridade e saber responder adequadamente. De entre eles, o EESIP é destacado pelo seu dever de diagnosticar precocemente e intervir *"nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida da criança (…)"* (OE, 2009, p.21). Assim, ainda que o curso não seja unicamente direccionado para estas situações, uma vez que carecem de uma intervenção mais complexa e personalizada, constitui uma forma de promover a Parentalidade Positiva, "*respeitando as diferentes formas de parentalidade e situações parentais"* (CE, 2008, p.145) e contribuindo assim para a prevenção das disfunções na criança e família, com especial ênfase para as situações de violência e maus tratos infantis.

Estas e outras particularidades foram discutidas ao longo das diferentes **reuniões informais com as enfermeiras responsáveis pelos Programas de Saúde Infantil e Saúde Materna**, para que cada pormenor do curso não fosse ignorado, tornando-o numa meta exequível. Neste contexto, foram também **realizados contactos telefónicos com diferentes laboratórios de artigos de puericultura**, que se prontificaram a contribuir através do fornecimento de amostras, úteis à explicação dos diferentes temas de saúde infantil.

Seguidamente, foram elaborados os **instrumentos necessários à operacionalização deste curso**, tais como: **folheto informativo (anexo 5 do Anexo III)**, que contém uma ficha de inscrição; **poster informativo (anexo 6 do Anexo III)**, que reserva um espaço destinado à data de início de cada curso, bem como apresenta as Recomendações inerentes ao conceito de Parentalidade Positiva de forma apelativa, sendo impresso com o patrocínio solicitado a uma delegada de informação médica; **folha de presenças dos formandos (anexo 7 do Anexo III)**; **modelo de plano de sessão (anexo 8 do Anexo III)**; **diploma para os pais (anexo 9 do Anexo III)**, como reforço positivo (BENZIES et al, 2008) à frequência do curso, em prol do seu desempenho parental em benefício da criança; **questionários de avaliação inicial e final da aprendizagem (anexos 10 e 11 do Anexo III)** e **questionário de avaliação da formação (anexo 12 do Anexo III)**.

Porque a avaliação das intervenções constitui um importante indicador da Qualidade dos Cuidados, foi prevista uma avaliação inicial e diagnóstica, destinada a apurar dúvidas, sentimentos e expectativas dos casais, útil à condução de todas as sessões. A avaliação final prevê fundamentalmente a detecção de lacunas residuais, que posteriormente podem ser esclarecidas na Consulta de Enfermagem, de forma personalizada. Os ganhos em saúde que advêm desta estratégia e por meio dos resultados da análise destes instrumentos, serão

registados no Resumo Mínimo de Dados referente ao Papel Parental, incluído no processo informático de cada criança. Por fim, a avaliação da formação pelos formandos permite identificar a sua satisfação em relação ao curso e, consequentemente, estratégias de melhoria para cursos futuros; a avaliação da formação pelos formadores pressupõe a análise de métodos, dificuldades e resultados, igualmente úteis no planeamento de cursos seguintes.

Uma vez reunidas as condições necessárias à implementação desta estratégia, tornou-se necessária a sua apresentação e discussão com toda a equipa multidisciplinar da USF, por meio de uma **sessão de formação na reunião de serviço**, cujo **relatório** se encontra no **Anexo IV**. Para satisfação de todos os envolvidos na concepção deste programa, a restante equipa presente felicitou a pertinência da iniciativa, o interesse da temática subjacente e, particularmente o coordenador da Unidade concedeu autorização para a sua implementação. Esta ficou prevista para o início do mês de Setembro, após o período de férias dos profissionais.

Antes do término do Estágio, foi possível realizar uma **sessão experimental, como pré-teste do curso**, afim de ser avaliada a adesão dos destinatários, bem como outros aspectos inerentes à logística do mesmo. Assim e, tendo em conta que a importância da temática da *Segurança Infantil* foi considerada por 100% da amostra nos questionários aplicados, optei por designar esta sessão de "*Vamos Pensar em Segurança Infantil".* No sentido de me preparar para esta exposição, realizei uma **visita ao Departamento de Segurança Infantil da DGS**, em conjunto com a enfermeira orientadora, **recolhendo informação actualizada** em documentos fornecidos e por meio de uma **reunião informal com a responsável pelo Departamento**. O **relatório da formação**, que contém os convites aos pais, planificação de sessão, diapositivos e avaliação da mesma, encontra-se no **Anexo V**. Os resultados favoráveis obtidos nesta sessão, constituíram um impulso à implementação do curso, que, dia após dia, foi abordado com entusiasmo e expectativas positivas por parte dos profissionais.

Decorrente do percurso realizado na concepção deste objectivo, nasce a reflexão inerente ao papel de educador do EESIP, que transcende uma mera actividade prescritiva. Pensando na responsabilidade do sucesso do curso atribuída às EESIP da USF, propus-lhes a **frequência conjunta de um Workshop** agendado para Setembro de 2010 e designado de "*Como falar para as crianças ouvirem*" e "*Como ouvir as crianças falarem*". Desta forma, foi possível às enfermeiras e a mim própria, como formadora de algumas sessões do Curso para Pais a convite da enfermeira orientadora, a aquisição de estratégias fundamentais na preparação dos pais para o cuidado e educação das crianças.

Se pretendo a capacitação dos pais para cuidar, educar e transmitir amor aos seus filhos conforme refere CASEY (1993), não basta dizer-lhes. Segundo HESBBEN (2001, p.25), *"só um caminho que faça sentido para a vida de alguém obterá a adesão e participação da pessoa que o prestador de cuidados pretende acompanhar"*, sendo por isso necessário compreender os pais, encorajá-los a descobrir as suas potencialidades, aceitando as particularidades de cada

um. É neste sentido que o papel do EESIP neste curso é igualmente de conselheiro, facilitador e dinamizador optimista, inserido num grupo que mutuamente cresce e, ainda acima de tudo, é promotor do Superior Interesse da Criança.

Assim, esta estratégia pretende constituir uma forma de visibilidade de toda a prática de Enfermagem, desafiante, esforçada, dedicada e com certeza brilhante, tornando-se necessária a sua divulgação pela comunidade científica. Por este motivo, foi redigido um **artigo (Anexo VI)**, no qual se expõe a estrutura do Curso para Pais, devidamente suportado pela componente teórica e diagnostico de situação a que foi sujeito. Tendo como horizonte a futura publicação, a apresentação do artigo está de acordo com as regras de uma revista indexada.

À parte do curso, mas com ele relacionado, a **participação nas reuniões da UCF Oeste**, em conjunto com a enfermeira orientadora de Estágio, possibilitou a identificação da elevada frequência de crianças com vómitos, com recurso dos pais à USF e à Urgência Hospitalar. Uma vez referida nos resultados dos questionários aplicados no âmbito do curso, a necessidade de aprendizagem relacionada com a actuação parental nestas situações, tive a iniciativa de elaborar um **folheto (Anexo VII)** alusivo ao tema. Este pretende ser publicado por esta entidade e distribuído à população a que se destina, como forma de contribuir por escrito para o *empowerment* relacionado com esta temática.

De entre os contributos obtidos com a realização das diferentes actividades, é possível salientar a aquisição das seguintes competências do EESIP: "*incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências*"; "*tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas"*; "*identificar as necessidades formativas na sua área de especialização"; "avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva académica e profissional avançada" e "comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral"* (UCP, 2008, p.4-5).

Segundo CASEY (1993), cada criança é um ser único e encontra-se dependente, preferencialmente dos pais, para a satisfação das suas necessidades, que se fundem sobretudo no amor, estímulo e protecção. Assim, ao longo de toda a Infância, é decisivo o modo como nos dão o que esperamos. Toda e qualquer criança espera estabelecer com os pais ou alguém significativo, uma relação de confiança, que lhe proporcione um ambiente afectuoso, seguro e adequado ao seu nível de desenvolvimento. Assim, a família não só serve de modelo de comportamento, como também marca os padrões de relação e configura a primeira visão do mundo para a criança, sendo que, muito frequentemente, as características da sua evolução posterior na escola, nas relações sociais e afectivas, inclusivamente na sua

vida com adultos, explicam-se pelas vivências familiares e pelo sentido da relação estabelecida, sobretudo com os pais (CRUZ, 2005).

Neste relacionamento deverão ser proporcionadas oportunidades de interacção com a criança, dando-lhe a liberdade para explorar os seus sentidos, exprimir a sua motivação intrínseca, sem constrangimentos, quer investigando, quer testando, quer afirmando experiências e possibilidades de acção (CE, 2008). Assim, existe a necessidade do desenvolvimento de uma política global e específica que considere a criança como um "*actor social"* (idem ibidem, p.146), auscultando a sua voz e valorizando a sua capacidade de atribuição de sentido, quer às suas acções, quer aos seus contextos de vida, ainda que expressos com características específicas do seu desenvolvimento.

Assim, no desafiante caminho da autonomia parental no cuidado e educação da criança, como ser individual e progressivamente responsável, o EESIP deve apostar no relacionamento positivo e saudável entre pais e filhos, como forma de envolvimento parental (HUTCHFIELD, 1999), indispensável ao exercício da Parentalidade Positiva. Neste sentido, deve criar oportunidades de interacção com a díade pais/filhos, aproveitando-as para fornecer o reforço, apoio e suporte necessários à compreensão do potencial de desenvolvimento da criança no desempenho do papel parental (LOPES et al, 2010). Assim, foi delineado o segundo objectivo específico:

2. *Fomentar a relação pais/filhos, com base num ambiente de afecto, estímulo, segurança e bem-estar, como forma de garantir o desenvolvimento harmonioso da criança e o desempenho saudável do papel parental.*

Concretamente adaptado ao contexto da USF, as actividades que deram consistência a este objectivo, passaram, em primeira instância, pela **realização das Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e visitação domiciliária ao recém-nascido e puérpera**. De facto, a prestação directa de cuidados comunitários, confere oportunidades únicas de desenvolvimento pessoal e profissional, pelo contacto com a Pessoa inserida num Ambiente. Como actividades integrantes da minha experiência profissional anterior, procurei agora, promover e compreender a *"(…) relação dinâmica entre pais e filhos (…)"* (OE, 2009, p.22), essencial no percurso enquanto futura EESIP.

O conceito e a operacionalização da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil remetem para os ganhos em saúde da população a que se destina (OE, 2004). O Programa - Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (PORTUGAL, 2005) confere relevância e pertinência à visitação domiciliária, no sentido da promoção da saúde e da diminuição do stress familiar. Considerando ambas as actividades como um espaço único, onde os pais encontram a oportunidade de questionar, exprimir sentimentos, dúvidas e problemas, essencial ao

desempenho do papel parental, é-lhes ainda conferida a oportunidade de interacção com os filhos, na qual, em parceria com o EESIP, são identificadas necessidades e optimizadas as potencialidades de desenvolvimento da criança. Neste sentido, a eficácia da minha actuação prendeu-se com o conhecimento aprofundado das diferentes estratégias de estimulação e reforço da autonomia da criança pelos pais, capacitando-os e encorajando-os para a orientação e instrução recomendadas pelo COUNCIL OF EUROPE (2008), com consequente investimento contínuo no compromisso da relação pais/filhos.

Assim, como forma de contribuir para este processo e mobilizando os conhecimentos adquiridos na componente teórica deste Mestrado, foram elaboradas **cartas terapêuticas de pais para filhos e de enfermeiros para mães e família (Anexo VIII)**. As primeiras destinam-se ao elogio e reforço positivo para a criança pelo seu comportamento e participação activa na aquisição da progressiva autonomia (CE, 2008), durante a avaliação do desenvolvimento infantil nas Consultas; as restantes possuem o objectivo de reforçar e estimular a importância do papel das mães e da coesão familiar no desenvolvimento harmonioso da criança (BENZIES et al, 2008). Estas últimas foram entregues durante o mês de Maio, alusivo ao Dia da Mãe e ao Dia da Família, ficando disponíveis informaticamente na USF, afim de serem replicadas e entregues, sempre que pertinente. De salientar que todas estas cartas possuem um carácter terapêutico, constituindo uma forma de cuidar por palavras, de proporcionar uma abertura à relação (BERTOLINO, 2003), seja de pais para filhos, seja de enfermeiros para mães e família.

A propósito da relação terapêutica, saliento que o modelo da Parceria de Cuidados (CASEY, 1993), assenta na confiança e empatia estabelecida entre o EESIP e os pais. Neste sentido, o apoio e suporte no processo de capacitação deve ser acompanhado da capacidade de comunicar adequadamente com os pais, de ser sensível às suas necessidades, compreendendo-os e respeitando-os na sua "*integridade biopsicossocial, cultural e espiritual*" (alínea b) do artº. 82º. do D.L. nº. 93 de 21 de Abril de 1998). Neste contexto, **participei num encontro de mães** realizado em Maio de 2010, que me proporcionou a reflexão e inspiração necessárias à elaboração de algumas das cartas e ao trabalho desenvolvido junto dos pais, fruto da partilha do sentimento de amor incondicional, dificuldades e experiências de maternidade, que ainda não possuo.

Este respeito pelos pais é igualmente sentido pela criança, sendo evidenciado na comemoração do dia do ano a ela destinada e na Feira da Criança realizada em Torres Vedras. Como promotora e defensora dos seus Direitos, considerei pertinente a realização de algumas actividades que, por um lado, conjugassem a interacção pais/filhos, como estratégia promotora da relação parental, com a capacitação dos pais e responsabilização das crianças para os assuntos relacionados com a saúde. Assim, após os **contactos necessários com a equipa organizadora da Feira**, foi, de forma inovadora, realizada uma **sessão de formação (Anexo IX)** no recinto da mesma, para pais e crianças, subordinada à temática dos "*Cuidados com a Praia*", dada a aproximação da época balnear. De forma a ir ao encontro dos seus

objectivos, **foi convidado o Projecto *Ser***, cuja missão consiste em *Servir, Educar e Reeducar* a sociedade com estratégias promotoras do desenvolvimento infantil, que proporcionou aos participantes um momento de massagem e toque positivo pais/filhos. No sentido de transmitir a informação da sessão por escrito e promover o cumprimento do ensino realizado, foi elaborado **um folheto intitulado "*Vamos à Praia*" (anexo 3 do Anexo IX)** e feito o **contacto com um laboratório representante de uma marca de protectores solares**, que forneceu amostras e livros para colorir no âmbito do tema. Contando com imensos participantes, esta iniciativa tornou-se num sucesso, pela participação activa dos destinatários e interacção conseguida entre pais e filhos. Como forma de dar visibilidade a esta intervenção do EESIP na comunidade, foi **elaborado e publicado um artigo no Jornal Regional (anexo 4 do Anexo IX)**, que resume a sessão e estende o apelo aos cuidados nela apresentados, para todos aqueles que não puderam comparecer. Os **diapositivos apresentados durante a sessão foram posteriormente reformulados e divulgados no ecrã da sala de espera da USF (Anexo X)**, durante a época balnear.

Procurando abranger o maior número de destinatários, esta **sessão foi repetida (Anexo XI)** na USF com os mesmos objectivos, embora com ênfase na História do Dia e dos Direitos da Criança, dada a data da sua realização – 1 de Junho. Previamente à sua realização, foram elaborados **posters alusivos ao Dia da Criança e afixados na sala de espera, juntamente com outros posters referentes aos Direitos da Criança (anexo 4 do Anexo XI)**. Estas formas de sensibilização e divulgação resultaram igualmente numa grande participação e adesão dos destinatários na sessão de formação. Foram ainda **contactadas duas alunas do Curso de Animação Infantil**, que se prontificaram a enriquecer a comemoração deste dia, com pinturas faciais nas crianças.

A intervenção autónoma e proactiva inerente ao meu processo de desenvolvimento como futura EESIP, demonstrada nas actividades subjacentes à concretização deste objectivo, possibilitou o envolvimento em diferentes áreas dos Cuidados de Enfermagem, nomeadamente na prestação directa de cuidados, gestão da formação e responsabilidade profissional, ética e legal. A preocupação em motivar, dinamizar, liderar e gerir todas estas intervenções, na procura da Qualidade dos Cuidados, foi aliada à necessidade de dar visibilidade à prática da minha profissão, alicerçada, neste contexto outrora conhecido, em novos, *"(…) sólidos e válidos padrões de conhecimento*" (OE, 2009, p.14), fundamentais ao perfil do Enfermeiro Especialista.

Assim, ouso salientar a aquisição das seguintes competências: "*manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional"; "(…) relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas crenças e cultura do cliente" ; "produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara"; "tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização"* (UCP, 2008, p.4-5).

2.3. *ATRIBUINDO SENTIDO…*

"O sentido da vida humana
só se cumpre no reconhecimento
de que se é amado"

GOMES-PEDRO

2.3.1. O contexto

A UCIN do HDE é uma unidade de referência em cuidados neonatais, que presta assistência intensiva médico-cirúrgica a crianças com menos de vinte e oito dias de vida, provenientes de todo o País (HDE, 2010). As principais causas de internamento relacionam-se com asfixias neonatais, sepsis, prematuridade, malformações congénitas e situações sociais.

É dividida fisicamente em duas grandes valências: a sala de cuidados intensivos, preparada para receber oito recém-nascidos (RN) de alto risco, sobretudo com necessidade de ventilação invasiva e, duas salas de cuidados intermédios, em que cada uma delas está preparada para receber quatro RN que se encontrem hemodinamicamente estáveis.

A gestão das equipas de Enfermagem é realizada por uma EESIP, que distribui o rácio enfermeiro/RN de 2/1 na sala de cuidados intensivos e de 4/1 nas salas de cuidados intermédios. A filosofia da prestação de cuidados assenta no envolvimento da família e na parceria de cuidados com os pais, que permanecem em horário alargado junto do RN internado; o NIDACP (*Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program*), como programa que procura o desenvolvimento do RN, tão precoce quanto possível, é centrado nesta mesma filosofia. O método de trabalho por Enfermeiro Responsável é fundamental no estabelecimento de uma relação de confiança com os pais, necessária à negociação intrínseca aos processos de tomada de decisão nos cuidados desenvolvimentistas ao RN.

O investimento dos profissionais na formação especializada fornece um contributo valioso para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que é sustentada por instrumentos de registo, desde a admissão à alta e, por projectos promotores da vinculação e adaptação ao papel parental, tais como a Reunião de Pais. Esta torna-se um espaço de reflexão, partilha de experiências e apoio multidisciplinar às famílias dos RN internados.

2.3.2. A experiência

Apesar de inseridos num ambiente tecnicista, os profissionais da UCIN assistem ao primeiro encontro pais/filho, de extrema importância no processo de vinculação, que segundo BOWLBY (2002, p.219), consiste na *"primeira relação humana de uma criança; pedra fundamental sobre a qual se edifica a sua personalidade*". Conscientes da riqueza deste encontro no

desenvolvimento do RN e no bem-estar familiar, os profissionais procuram diariamente minimizar as barreiras da hospitalização no estabelecimento da relação pais/filho. Desta forma, o sentido atribuído à prática de Enfermagem neste contexto, centra-se na **participação activa** dos pais nos cuidados ao RN, como **verdadeiros parceiros**. De acordo com esta filosofia, favorável à Promoção da Parentalidade Positiva, a minha actuação centra-se no 2º. e 3º. níveis da pirâmide de HUTCHFIELD (1999), que remete para estes conceitos, tendo por base a capacidade de **negociação** (CASEY, 1993) das diferentes estratégias parentais essenciais ao desenvolvimento do potencial do RN, como "*(…) forma de conferenciar com alguém no sentido de conseguir um compromisso ou acordo"* (ICN, 2009, p.161). Esta capacidade é inerente às funções do EESIP, que *"negoceia a participação da (…) família em todo o processo de cuidar (…) rumo à independência e bem-estar"* (OE, 2009, p.21).

A prematuridade e o internamento hospitalar após o nascimento são fenómenos que antecipam e alteram a normal adaptação à parentalidade e ao estabelecimento da vinculação. Neste sentido, MELEIS (2005, p.214) refere que *"as transições despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, expectativas ou capacidades (…) requerem que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere comportamentos e, assim, altere o contexto de si num contexto social"*. Assim, acresce o desafio colocado aos pais no âmbito do exercício da Parentalidade Positiva, uma vez que se vêm confrontados com sentimentos de negação, perda, impotência, fracasso e culpa (JACKSON et al, 2003), associados a factores como o ambiente estranho, a necessidade de separação do filho, a sua condição física, a incerteza da sua sobrevivência (BALDINI, 2001; FOWLIE e MCHAFFIE, 2004). Diferentes são as fases e reacções que os pais evidenciam na gestão deste desafio. Segundo HEERMAN et al (2005), podem ser observados quatro estadios do comportamento parental até que seja possível a sua participação nos cuidados. Inicialmente, os pais apenas se interessam pela informação clínica e, à medida que permanecem junto do RN e observam a prestação de cuidados pelos profissionais, consciencializam-se do seu papel, para posteriormente desempenharem as suas funções parentais.

Atendendo à complexidade e individualidade do Ser Humano, o EESIP assume igualmente o desafio de compreender e respeitar cada estadio e reacção por parte dos pais, como responsabilidade ética na humanização dos cuidados. Desta forma, ao Promover a Parentalidade Positiva, cabe-lhe o dever de "*avaliar o desenvolvimento da Parentalidade*" (OE, 2009, p.23), com base no diagnóstico das características e capacidades positivas dos pais (HEAMAN et al, 2005) e na sua vontade em participar nos cuidados ao filho. É aqui que se início o processo de negociação (CASEY, 1993), útil ao planeamento das intervenções seguintes.

Estabelecendo um paralelismo com a minha prática profissional numa unidade de cuidados intermédios, interrogo-me se esta avaliação é realizada. Testemunha na prática de um esforço conjunto por parte da equipa em envolver os pais no cuidar, estou consciente de que, por

vezes, não é tida em conta a sua predisposição. A compreensão da Parceria de Cuidados possibilita este confronto com a prática, no sentido da melhoria da minha futura actuação.

Após a avaliação, que deve ser constante e não cingida apenas ao momento da admissão, é possível ao EESIP adoptar métodos de ajuda, tais como o apoio, suporte e reforço do papel parental, no âmbito da Promoção da Parentalidade Positiva (CE, 2008). Tratando-se de uma situação de crise, é necessária a frequente renegociação com os pais para a prestação de cuidados de Enfermagem e de cuidados familiares (CASEY, 1993). O *empowerment* parental nos cuidados ao bebé depende fundamentalmente desta actuação aprofundada.

Por outro lado, o RN hospitalizado, embora com aspecto frágil, vulnerável e imaturo, é *"um Ser extraordinariamente competente e bem organizado (…), possuindo um regime de equilíbrio humano"* (GOMES-PEDRO, 2005, p.20), com competências (ALS e GILKERSOS, 1997) e padrões de comportamento (BRAZELTON, 2009). A filosofia NIDCAP instituída na UCIN contempla estes fundamentos e a actuação dos enfermeiros procura a correcta compreensão da linguagem comportamental do RN, bem como a estimulação das suas competências, com vista aos inúmeros benefícios evidenciados: redução do tempo de ventilação, da insuficiente progressão ponderal, do atraso de desenvolvimento (ALS e GILKERSOS, 1997).

Segundo GOMES-PEDRO (1997, p.70), o RN, embora hospitalizado "desenvolve-*se a partir das relações que estabelece com o mundo que o rodeia (…)"* e deve encontrar "*(…) um sentido de pertença, que o ajude a transformar o instinto de sobrevivência na sensação de que vale a pena viver"*, (idem ibidem, p.71). Assim, a Qualidade dos Cuidados Neonatais passa, indiscutivelmente, pela preciosa vinculação estabelecida entre pais e bebés. O contacto directo e tão precoce quanto possível entre a díade, por meio de um diálogo recíproco de pertença, segurança e amor, é determinante na recuperação e desenvolvimento do RN e no bem-estar familiar. BARNARD (cit. por TOMEY e ALLIGOOD, 2002, p.114) reforça a ideia, ao referir que *"pais e filhos são vistos como um sistema interactivo, em que ambas as partes da díade comunicam entre si e trazem qualidades, competências e respostas para ambos (…)".*

Estes ganhos resultantes da relação, são evidenciados no sucesso do aleitamento materno e na redução da mortalidade e morbilidade infantil, especialmente no âmbito da prematuridade, dos sentimentos de fracasso dos pais e da incidência de maus tratos e abandono (CANAVARRO, 2001). Esta última, merecedora de especial atenção por parte do EESIP, é igualmente fundamentada por MARQUES E SÁ (2004, p.34):

> "*nos últimos 20 a 25 anos estudos demonstram que os RN hospitalizados e prematuros são frequentemente vítimas de maus tratos e abandono por parte dos pais. O síndrome da criança sujeita a agressão é 8 vezes mais frequente no caso de bebés que passam por tratamento intensivo neonatal do que nos RN de termo e saudáveis".*

Neste sentido, o fomento da vinculação pela interacção pais/filhos em contexto hospitalar, com ênfase no ensino aos pais das competências do RN e sua estimulação precoce, é uma função do EESIP, na medida em que este promove *"(…) o comportamento interactivo"* e *"(…) o contacto físico pais/RN"* (OE, 2009, p.23). BRAZELTON (2009) sugere ainda que a vulnerabilidade e a desorganização deverem ser encaradas como oportunidades e desafios, pelo que os enfermeiros da UCIN podem e devem ser facilitadores de um relacionamento positivo pais/filho, mutuamente compensador.

No âmbito da Parentalidade Positiva, BENZIES et al (2008) reforça a importância de estratégias que ajudem os pais a adquirir a sensibilidade necessária ao choro e solicitações da criança, na promoção do apego. Assim, a experiência do jogo e da brincadeira são oportunidades de interacção que os pais devem aproveitar para percepcionar as qualidades e comportamentos positivos da criança, devendo assumir atitudes que melhorem as trocas afectivas: expressões emocionais direccionadas, alegria nas respostas, calor afectivo através de carícias e palavras que indiquem ternura e, atitudes protectoras sem punições ou rejeições (RUSSEL, 1997). Desta forma, o envolvimento parental positivo e a sincronia e autenticidade das respostas para com a criança, são variáveis essenciais no exercício da Parentalidade Positiva, que devem ser reforçadas positivamente pelos profissionais (BENZIES et al, 2008).

Conjugando estes últimos aspectos com os cuidados de Enfermagem, o estudo em Portugal de LOPES et al (2010) evidencia a necessidade dos enfermeiros apoiarem os pais na optimização do potencial de desenvolvimento da criança, aquando da realização do seu papel parental, isto é, em momentos de interacção pais/filhos. Tendo em conta esta e as outras evidências supracitadas, assim como o contexto, no qual pretendi dar o meu contributo num projecto outrora pensado por dois EESIP, mas não concretizado, foi estabelecido o seguinte objectivo específico:

1. Implementar uma estratégia de interacção precoce pais/RN internados na UCIN, promotora da Parentalidade Positiva.

A **consulta dos diferentes instrumentos de registo de cuidados**, despertou a minha atenção para o *iten* - estimulação dos cinco sentidos, que não se encontrava preenchido em nenhum dos processos dos RN. Após o conhecimento da intenção de dois EESIP em construir um projecto no âmbito da estimulação sensorial, foi-lhes solicitada e obtida a devida autorização para dar início ao Projecto "*Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido"*, ao qual dariam continuidade. As **reuniões informais com a enfermeira orientadora, restantes EESIP e enfermeira chefe**, foram actividades posteriores que permitiram o diagnóstico esclarecido desta situação e o enquadramento da minha iniciativa. As reuniões foram **mantidas ao longo de todo o Estágio**, para aferição das restantes actividades essenciais ao planeamento e

desenvolvimento deste objectivo, de entre as quais o **manual de fundamentação do Projecto** (**Anexo XII**), que contém o suporte teórico e diagnóstico de necessidades, essenciais à posterior elaboração de uma **instrução de trabalho (Anexo XIII).** Esta traduz os procedimentos necessários à operacionalização do Projecto, fornecendo orientações práticas aos enfermeiros na integração e consecução desta iniciativa, sendo estruturada de acordo com o modelo em uso no serviço para os restantes projectos existentes.

O Projecto *"Os Cinco Sentidos do Recém – Nascido"* consiste num programa de estimulação precoce pelos pais, das capacidades sensoriais dos RN internados, tendo como suporte os Princípios e Recomendações da Parentalidade Positiva (CE, 2008). Os seus objectivos são:

Objectivo geral: Promover a interacção precoce pais/bebés, como estratégia promotora da Parentalidade Positiva.

Objectivos específicos:

- Sensibilizar os pais para as competências sensoriais dos seus filhos;

- Promover o empowerment dos pais nas diferentes formas de estimulação dos cinco sentidos dos seus bebés;

- Promover um ambiente de afecto e optimismo entre pais/filhos, em contexto hospitalar.

A metodologia mais adequada à sua implementação baseia-se numa sessão de formação realizada por dois EESIP, alternadamente nas diferentes salas de cuidados e de acordo com a sua disponibilidade. Esta sessão pressupõe duas fases: a grupal, onde é realizada uma abordagem das Recomendações da Parentalidade Positiva adaptadas ao contexto da UCIN, dos cinco sentidos do recém-nascido, das diferentes formas de estimulação dos mesmos de acordo com a idade, bem como dos princípios inerentes á comunicação pais/bebé; na fase individual, o EESIP apoia os pais na interacção com o filho, procurando, com eles, negociar estratégias de estimulação adequadas, bem como reforçar os aspectos positivos inerentes ao desenvolvimento do RN e ao desempenho do papel parental.

Previamente à sessão, deverá ser realizada uma avaliação das capacidades do bebé, da predisposição dos pais para a participação, bem como das características da interacção pais/filho até então demonstradas, conforme documentado anteriormente. **Sugeri o registo destes dois aspectos na Folha de Avaliação Inicial do RN e família** existente na UCIN.

Os instrumentos necessários á realização desta sessão foram construídos e encontram-se anexados no **relatório da sessão de formação – experimental (Anexo XIV)**, nomeadamente: os **convites para os pais (anexo 1 do Anexo XIV)**, de forma a atribuir uma carácter importante e personalizado à sua presença; **o guia orientador da sessão (anexo 2 do Anexo XIV)**, como suporte aos diapositivos; **a grelha de registo de aprendizagem (anexo 3 do Anexo XIV)**, **o diploma para os pais (anexo 4 do Anexo XIV)**, como reforço positivo e, o **questionário de avaliação da sessão (anexo 5 do anexo XIV)**. No que se refere aos

convites, importa salientar que neles se encontram solicitados alguns materiais pessoais e adequados à estimulação do RN, incutindo assim o sentimento de pertença, quer aos pais, quer aos bebés. No entanto e, atendendo às situações de impossibilidade socioeconómica das família ou de esquecimento dos pais, foi construída uma **caixa e respectivo guia de utilização (anexo 6 do Anexo XIV)**, na qual estão disponíveis alguns **materiais que angariei** para a execução desta actividade no serviço. Esta preocupação funde-se com o dever do enfermeiro em "*cuidar sem qualquer discriminação (…)"* conforme (alínea a) do artº. 81º. do D.L. nº. 93 de 21 de Abril de 1998).

No que se refere à avaliação da aprendizagem pelos pais, a grelha elaborada pretende dar respostas às seguintes questões: "*o que fui capaz de fazer ao meu bebé?; o que o meu bebé fez de positivo?; como me senti ao realizar esta actividade?; o que quero melhorar para ajudar o meu bebé?; que tipo de apoio de Enfermagem foi mais importante para mim?".* Pensadas com o intuito de optimizar os aspectos positivos do desempenho dos pais, da evolução dos RN, de fomentar a participação parental e identificar diferentes formas de apoio de Enfermagem, **sugeri a discussão desta grelha na Reunião de Pais**, no respeito pela vontade dos mesmos.

Desta forma, a partilha de experiências seria enriquecida com pontos fortes referentes à hospitalização e à minimização do impacto negativo que a mesma pode trazer para a família. O papel do EESIP na adaptação dos pais à doença e na procura de *"(…) estratégias de coping*" (OE, 2009, p.22), exige uma atitude optimista, *onde "as energias e potenciais podem ser usados de forma completa e revitalizante*" (MARUJO et al, 2000, p.8), tal como relatei na experiência referente à Associação Acreditar.

Igualmente como **sugestão de suporte à Reunião de Pais**, foi elaborado o **livro "*Olá Papás"* (Anexo XV)**, em versão feminina e masculina **e o respectivo Guia de Utilização (Anexo XVI)**. O livro pretende conter o registo dos pontos fortes e positivos, quer relacionados com a aquisição das competências parentais, quer com o desenvolvimento e recuperação dos RN de risco, quer com o apoio e suporte que é proporcionado aos pais ao longo da hospitalização. O seu principal objectivo consiste na promoção da vinculação, tão precoce quanto possível, neste contexto. Uma vez que a comunicação pais/filho se encontra comprometida, é utilizada uma linguagem proveniente do bebé, afim de se proceder ao apelo das diferentes formas de estimulação e interacção com o mesmo, nomeadamente no âmbito dos cinco sentidos; nele são ainda referenciadas as Recomendações da Parentalidade Positiva adaptadas ao contexto, numa linguagem acessível e apelativa. Previamente à entrega do livro, os pais devem assistir a uma sessão de formação do Projecto "*Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido",* de forma a compreenderem a utilização do mesmo. Por último, o livro deve ser oferecido aos pais, que assim o pretendam, sem número de páginas, podendo serem solicitadas tantas folhas quantas necessárias e adequadas ao período de internamento. Desta forma, os pais constroem o seu próprio livro, a sua própria história, de forma personalizada.

No que se refere ao registo, por parte dos enfermeiros, dos ganhos em autonomia dos pais e progressivamente dos RN, decorrentes da/s sessão/s assistida/s no âmbito deste Projecto, foi **sugerido o registo na folha de Ensinos para a Alta na UCIN**, uma vez que nela estava contido o *íten* referente à estimulação dos cinco sentidos, até então nunca preenchido. Desta forma, procurei dar orientações sobre o modo de registo, tendo em conta a proximidade pais/filhos, a expressão emocional parental e a resposta ao comportamento do bebé, evidenciados no estudo de BARRADAS (2008) e fundamentados pelo conceito de Parentalidade Positiva.

Esta preocupação em articular projectos, gerir recursos e instrumentos, facilitar o trabalho dos profissionais, é fruto de quem na prática sente as dificuldades temporais, financeiras e de recursos humanos existentes no âmbito da Enfermagem. O Enfermeiro Especialista, ao procurar gerir os seus cuidados, "*optimizando a resposta da equipa de Enfermagem*" (OE, 2009, p.13) e, gerir os recursos "*visando a optimização da qualidade dos cuidados*" (idem ibidem, p.13), persegue a *Satisfação do Cliente*, neste caso dos pais, conforme descrito nos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2002).

Tendo em conta este enunciado descritivo, assim como o da *Promoção da Saúde* (OE, 2002), foi elaborada uma **Check List de Avaliação da Qualidade** (PALMER, 2004) **(Anexo XVII)**, que permite a avaliação deste Projecto e, consequentemente, a visibilidade da prática de Enfermagem. Nela encontram-se os indicadores formulados para ambos os enunciados, de acordo com os focos presentes no *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados em Saúde* (OE, 2007). A realização desta actividade foi suportada pelos conhecimentos adquiridos na Pós - Graduação em Gestão dos Serviços de Enfermagem, realizada em 2008/2009.

O feedback positivo da sessão de formação - experimental realizada no âmbito do Projecto e antes do final do Estágio, contribuiu para a garantia da sustentabilidade do mesmo, que ficará sob a responsabilidade dos EESIP de onde a ideia inicial é proveniente. Para mim, constituiu uma forma única de compreender a felicidade e alegria que a mais pequena conquista do bebé pode trazer aos seus pais e que o meu papel enquanto futura EESIP é muito gratificante, na ajuda necessária à compreensão das respostas do RN por parte dos pais e ao fomento necessário à relação da díade.

Por último, foi apresentado este Projecto aos enfermeiros da UCIN, através de uma **sessão de formação em serviço (Anexo XVIII)**, que o consideraram pertinente, exequível e correctamente articulado com os restantes projectos e filosofia de cuidados do serviço.

A consecução deste objectivo permitiu *"gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da (…) formação pós-graduada";promover a formação em serviço na área de especialização"; "abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, (…) na área de especialização"*; *"demonstrar conhecimentos*

aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família" e zelar pela qualidade dos cuidados na sua área de especialização; "possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respectiva área de especialização" (UCP, 2008, p.4-5).

O investimento neste percurso formativo permitiu a introdução de mudanças na prática de cuidados, nos diferentes contextos, como também a vivência de situações que se revestem de uma riqueza incalculável no meu desenvolvimento enquanto futura EESIP. Assim, a realidade da UCIN não é excepção e, como unidade diferenciada e exigente a nível dos cuidados neonatais, desencadeou a necessidade de investimento pessoal nas diferentes competências científicas, técnicas e relacionais do EESIP ao nível da prestação de cuidados. No sentido de aprofundar conhecimentos e métodos de trabalho na assistência intensiva ao RN e família, bem como reflectir sobre atitudes da prática, transferindo-as para a minha experiência actual numa unidade de cuidados intermédios neonatais, foi delineado o seguinte objectivo:

2. Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais especializadas, na prestação de cuidados ao RN de alto risco e família.

No cumprimento deste objectivo, a **participação na prestação de cuidados**, em conjunto com a enfermeira orientadora, constituiu a principal actividade. A **troca de experiências** sobre diferentes formas de perseguir um determinado objectivo foi uma constante, permitindo compreender que é na diferença que advém a riqueza da aprendizagem. Como exemplo, recordo que o simples pormenor de cobrir o pé do bebé com uma compressa em vez de colocar um penso, após a avaliação da glicémia, fez-me reflectir sobre os contributos desta atitude na manutenção da integridade cutânea num RN ainda imaturo.

Foram discutidos e apreendidos novos conhecimentos sobre diferentes actividades desenvolvidas, tais como o **posicionamento do RN prematuro**, a **manipulação dos cateteres umbilicais e epicutâneos**, a **preparação e administração de alimentação parentérica**, a correcta **monitorização da ventilação mecânica**, a **aspiração de secreções em circuito fechado**, entre outras. Paralelamente ao contacto com a realidade e no sentido de aprofundar os conhecimentos, foi efectuada uma **consulta bibliográfica sobre os cuidados intensivos neonatais**, bem como a **consulta de manuais e instruções de trabalho disponíveis na UCIN**. A minuciosidade e o rigor dos aspectos inerentes ao cuidado ao RN de alto risco, salientam a necessidade de uma preparação aprofundada e constante actualização científica que o EESIP deve possuir, de forma a alicerçar a sua prática. Este aspecto vai ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002), que remetem para a necessidade de formação contínua, no caminho da Excelência dos Cuidados.

A procura de novas oportunidades de aprendizagem, a iniciativa, o interesse e disponibilidade para colaborar com a equipa, fizeram com a confiança entre nós fosse aumentando, o que me levou a prestar cuidados de forma autónoma, sentindo-me inteiramente integrada e como se enquadrada no meu próprio local de trabalho. Apoiada no modelo de Casey, adaptado à Neonatologia (FERREIRA e COSTA (2004), procurei utilizar uma metodologia eficaz de gestão e prestação de cuidados baseada na colheita de dados, planeamento, implementação das intervenções e avaliação. A mobilização dos meus conhecimentos em neonatologia, o espírito empreendedor e de equipa e a responsabilidade inerente ao papel do enfermeiro pelas "(…) *decisões que toma e actos que pratica ou delega"* (alínea b) do artº. 79º do D.L. nº. 93 de 21 de Abril de 1998), foram salientadas pela equipa através de elogios e agradecimentos.

O estabelecimento de uma relação com pais e crianças, tem sido evidenciada ao longo da análise do percurso formativo, como fundamental ao exercício da Enfermagem (LAZURE, 2004), à aplicação do modelo de Anne Casey e à Promoção da Parentalidade Positiva. Assim, a criação de uma relação de confiança e empatia com pais e RN, constituiu a base necessária da minha prestação de cuidados. De salientar, que a frequência da morte de RN neste serviço pela complexidade das situações, colocou-me no desafiante caminho de a enfrentar, em conjunto com os pais e restante família. Não há palavras para descrever, apenas o sentimento de que a minha presença, o toque proporcionado e as palavras de conforto foram úteis aos pais, que lutaram até ao fim pela sobrevivência do seu filho. Como diz BOLANDER (2001), *"cuidar a família, faz parte integrante dos cuidados à pessoa que está a morrer. Uma vez que o indivíduo não existe só"*. A riqueza desta relação, permite-me hoje, olhar cada situação no seu todo e de modo particular, possuir a capacidade de prever, intervindo no cerne dos problemas identificados (BENNER, 2001), com base numa constante negociação com os pais e restante família.

Foi igualmente importante o contacto com o método de trabalho por Enfermeiro Responsável, até então pouco conhecido. Este torna-se valioso perante as dificuldades de gestão subjacentes às inúmeras exigências da prática de Enfermagem numa UCIN, uma vez que pressupõe a existência de um EESIP que tem a responsabilidade de supervisionar todos os cuidados inerentes a um RN. Este método é ainda fundamental à operacionalização da Parceria de Cuidados, pela relação de proximidade que este EESIP estabelece com o RN e família de que é responsável, sendo por isso, passível de ser implementado na minha realidade profissional na valência de neonatologia.

Esta panóplia de experiências e vivências, permitiu o desenvolvimento das seguintes competências: "*formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica"*; *gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da (…) formação inicial, experiência profissional e de vida"; "realizar a gestão dos cuidados na área de especialização"; "desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente*"; "*demonstrar um nível de*

aprofundamento de conhecimentos na área de especialização" e *"saber aplicar os seus conhecimentos e a sua 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"* (UCP, 2008, p.4-5).

2.4. PROTEGENDO…

"Não é verdade que a Infância seja o melhor dos mundos. Se a Infância de todos os pais tivesse sido feliz, talvez eles não precisassem de a idealizar. Simplesmente porque quando somos felizes, o melhor do mundo é o futuro"

EDUARDO SÁ

2.4.1. O contexto

O Centro Hospitalar de Torres Vedras, entidade do sector público administrativo, presta cuidados médico-sociais à população dos cinco concelhos da sua área de influência (CHTV, 2005). Nele inserido, encontra-se o serviço de Pediatria, que tem como missão "*prestar cuidados de saúde globais centrados na família, favorecendo o desenvolvimento harmonioso das crianças e contribuindo para que atinjam um novo equilíbrio no seu estado de saúde, com qualidade e em tempo útil"* (CHTV, 2005, p.4). Este serviço, que sustenta a sua prática na Parceria de Cuidados com a família, é composto por três unidades: o Internamento médico-cirúrgico, a Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido e a Urgência Pediátrica (UP).

Nesta última unidade e, no que se refere aos recursos humanos, encontra-se em todos os turnos apenas uma enfermeira, uma auxiliar de acção médica e dois médicos, sendo um deles, Pediatra. A escassez de recursos é colmatada pela estreita articulação com os profissionais presentes nas restantes valências do serviço, sempre que necessária. Importa referir que o sistema informático *Alert* constitui a base de registo da informação clínica e de Enfermagem, encontrando-se esta última actualmente voltada para a implementação da CIPE. Os projectos de melhoria contínua da Qualidade inseridos nas directrizes emanadas pelos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, assim como a construção do Manual Operativo de Enfermagem do serviço de Pediatria, constituem actividades em curso nesta unidade.

À UP recorrem as mais variadas situações médicas e sociais da criança/jovem e família até à idade, recentemente alargada, de 18 anos. A triagem das mesmas é realizada pelos enfermeiros do serviço de Urgência Geral (UG), não existindo um modelo específico de triagem pediátrica. Desta forma, tanto o serviço de UG como a unidade de UP, constituem portas de entrada às crianças/jovens e família que a elas recorrem. O papel de ambas as valências é, por isso, de extrema importância na detecção, intervenção e referenciação das situações de risco e perigo, frequentes na população que a elas recorre.

No âmbito desta problemática, o CHTV dispõe de um Grupo de Trabalho na Violência e Maus-Tratos (G.T.V.M.T.), constituído por uma equipa multidisciplinar institucional (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais), que se articula com diferentes entidades comunitárias, cujo objectivo consiste na detecção, sinalização, acompanhamento e articulação na área da Violência e dos Maus Tratos a vários níveis. Este grupo ramifica-se em diferentes núcleos, nos quais se encontra o Núcleo Hospitalar de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NHACJR), que integra os mesmos objectivos do Grupo, com a vertente específica para a área da Saúde Infantil e Juvenil.

2.4.2. A experiência

O conhecimento da minha realidade profissional neste contexto, foi a mais valia encontrada para o planeamento das actividades nele desenvolvidas. Culminando no último nível da pirâmide sugerida por HUTCHFIELD (1999), os **cuidados centrados na família** vão ao encontro da missão do serviço de Pediatria. Ainda, o breve contacto com os pais na UP, não possibilita uma intervenção aprofundada da sua participação nos diferentes domínios do cuidado à criança, pelo que o EESIP necessita de confiar na família, supervisionar os seus cuidados e encontrar acções determinantes na garantia do Superior Interesse da Criança. Assim, a Promoção da Parentalidade Positiva enquadra-se neste contexto, surgindo como estratégia de prevenção dos maus tratos infantis, sugerida pelo CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2008). A importância da articulação de todos os profissionais neste âmbito, fez com que direccionasse a minha actuação para a equipa, no sentido de a melhor preparar para cuidar da criança e família, sobretudo de risco.

Os maus tratos constituem um fenómeno complexo, que se desenrola de forma dramática nas crianças e jovens, com repercussões negativas no seu crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade. As sequelas resultantes manifestam-se a nível físico, cognitivo, afectivo e social, a médio e longo prazo, sendo por vezes irreversíveis e podendo mesmo provocar a morte.

O conceito de maus tratos não pode ser definido de modo consensual, uma vez que depende das dinâmicas e especificidades culturais. Num sentido lato, Magalhães (cit. por DGS, 2007, p. 33) reporta-se ao conceito como *"qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder".* Neste sentido, os maus tratos nas crianças ou jovens resultam de uma acção ou omissão por parte das pessoas mais próximas ou da comunidade em geral.

O conceito de risco de ocorrência de maus tratos em crianças e jovens é mais amplo do que o de situações de perigo definidas na Lei, podendo ser difícil a delimitação entre ambos. Assim, e

segundo o Documento Técnico de Intervenção em Saúde para Maus Tratos em Crianças e Jovens da DGS (2007, p. 7), as situações de risco *"dizem respeito ao perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento"*. A evolução negativa dos contextos de risco, conduzem ao surgimento de situações de perigo. De acordo com esta entidade de saúde e igualmente com o COUNCIL OF EUROPE (2008), os factores de risco representam variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar alterações do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens. Encontram-se ainda definidos factores protectores, que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social da criança, funcionando como moderadores dos factores de risco (DGS, 2007; CE, 2008).

É a avaliação criteriosa e sistémica das diferentes situações de risco ou perigo, que, determina os vários níveis de responsabilidade e legitimidade na intervenção, adequada a cada um dos casos. Assim, a promoção dos Direitos da criança e a sua protecção enquanto *"sujeitos titulares de direitos e não meros objectos do direito*" (DGS, 2007, p. 11), exigem padrões de resposta a diferentes níveis e formas de actuação, colocando novos e permanentes desafios no que diz respeito à intervenção neste domínio. Num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes agentes da comunidade, conforme consagrado na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº. 147/99, de 1 de Setembro), a intervenção dos serviços de saúde alcança particular relevo, enquanto instâncias de primeiro nível, podendo recorrer posteriormente às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) e por último, aos tribunais.

Os princípios orientadores desta intervenção visam: *"o interesse superior da criança; a privacidade da sua vida"; "a intervenção, o mais precoce possível",* caso seja conhecida uma situação de perigo*; "a intervenção mínima"; "a intervenção proporcional e actual",* assegurando-se o impacto mínimo na vida criança e estritamente adequado à finalidade pretendida*; "o exercício da responsabilidade parental sobre os deveres da criança"; "a obrigatoriedade da informação",* ou seja, a explicação sobre os motivos que determinam a intervenção, de forma a ser obtido *"o consentimento livre e esclarecido por parte dos pais ou representantes legais"; "a participação nos actos",* pela definição de medidas e audição obrigatórias dos pais ou crianças/jovens a partir dos 12 anos*; "a subsidariedade na intervenção",* ou seja o percurso dos três níveis de intervenção, conforme estabelecido no artº. 4º. da Lei nº. 147/99 de 1 de Setembro.

Para que esta acção se torne efectiva, torna-se necessária a aplicação dos mecanismos de prevenção secundária da ocorrência dos maus tratos ao nível hospitalar e sobretudo dos serviços de urgência (DGS, 2007), pela detecção precoce das situações de risco, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços, no âmbito de uma eficiente articulação funcional. A preparação dos profissionais com competências específicas nesta área tão delicada, é essencial na melhoria

dos processos de detecção, avaliação, intervenção e encaminhamento destas situações. Neste sentido, a Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 1988) refere que *"a equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família"*.

Inserido e devidamente articulado com uma equipa multidisciplinar, o EESIP assume o seu dever de *"proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional"* (alínea c) do artº. 79º. do D.L. nº. 93 de 21 de Abril de 1998), bem como *"salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso"* (idem, ibidem, alínea b) do artº. 81º.). Este profissional, ao centrar e responsabilizar os cuidados à criança na família, deve promover a Parentalidade Positiva, simultaneamente como compromisso de afecto e de protecção dos riscos na criança. Assim, como enfermeira, consciente da insuficiente actuação ao nível da prevenção do fenómeno dos maus tratos infantis na realidade do CHTV, perante o leque frequente e variado destas situações que recorrem à UP e, como futura EESIP, pelo dever e necessidade de preparação pessoal e da equipa para a futura intervenção neste âmbito, estabeleci como objectivos específicos:

1. Implementar uma estratégia de assistência sistematizada e articulada, na abordagem das situações de risco na criança/jovem e família, em contexto de Urgência.

2. Promover a Parentalidade Positiva, como estratégia de Prevenção dos Maus Tratos Infantis, em contexto de Urgência.

Afim de dar cumprimento a estes objectivo, foram, inevitavelmente, realizadas **reuniões informais com a enfermeira orientadora e membro do NHACJR**, com o **enfermeiro chefe do serviço de Pediatria** e feita a **auscultação das opiniões dos enfermeiros** sobre ambas as temáticas, no âmbito das passagens de turno. O especial interesse por eles manifestado, fez com que os objectivos dessem corpo a um Projecto intitulado "*Intervir para Prevenir*" – Abordagem das Situações de Risco na Criança/Jovem em contexto de Urgência e Promoção da Parentalidade Positiva, como estratégia de Prevenção dos Maus Tratos Infantis. **O manual que fundamenta todas as actividades** posteriormente desenvolvidas encontra-se no **Anexo XIX**. Nele encontra-se o **cronograma (anexo 1 do Anexo XIX)**, que permitiu o planeamento das diferentes etapas necessárias à implementação deste Projecto.

No que se refere ao aprofundamento do diagnóstico de situação, foi efectuado um **pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHTV, para consulta de dados estatísticos do NHACJR (anexo 2 do Anexo XIX)**, referentes às situações de maus tratos infantis detectadas na instituição entre 2004 e 2009. Após o seu consentimento, foi possível retirar algumas conclusões, das quais saliento que o número de notificações se encontra em

crescimento e que o principal agressor pertence ao núcleo familiar, o que justifica uma abordagem preventiva centrada na família. Mediante a **análise destes dados**, foi possível questionar os porquês ao nível da intervenção dos serviços de saúde… será que a prevenção primária ao nível da realidade comunitária envolvente se encontra ausente ou ineficaz, pela carência de médicos de família e reestruturação dos Centros de Saúde?! Estarão os profissionais do hospital pouco despertos para prevenir estas situações?!

No sentido de melhor me enquadrar na problemática a nível comunitário, foi realizada uma **entrevista semi-estruturada**, que contemplou o **respectivo guião e registo de ideias mestras** (FORTIN, 2003) **(anexos 3 e 4 do Anexo XIX)** à Presidente da CPCJ de Torres Vedras. Através deste método, foi possível ter a noção de que cada vez mais tarde são identificados os casos de maus tratos, tendo os profissionais a nível hospitalar uma intervenção urgente e importante a nível da prevenção primária, secundária e mesmo terciária. Também da **consulta dos protocolos realizados pelo G.T.V.M.T**., **especialmente pelo NHACJR,** emergiu a necessidade de intervir na detecção precoce destas situações, pelo facto dos mesmos serem focados unicamente para a actuação em situações de maus tratos e violência declarados.

Após a contextualização desta problemática e procurando encontrar respostas às minhas questões, sobretudo relacionadas com a actuação dos enfermeiros, redigi um **pedido prévio de autorização ao Conselho de Administração (anexo 5 do Anexo XIX)**, que manifestou o seu parecer favorável, para aplicação de um **questionário estruturado (anexo 6 do Anexo XIX) aos enfermeiros do serviço de UG**, que realizam a triagem pediátrica **e, aos enfermeiros da UP**, que recebem a criança/jovem e família após a realização deste processo. Este instrumento teve como objectivos:

- Definir o conceito de criança em risco, na opinião dos Enfermeiros;

- Identificar as principais dificuldades dos Enfermeiros na abordagem das situações de crianças em risco;

- Identificar estratégias de intervenção sugeridas pelos Enfermeiros, no sentido da melhoria na abordagem das situações de crianças em risco.

A **análise dos resultados obtidos nos questionários (anexo 7 do Anexo XIX)** às três questões abertas relacionadas com os objectivos supracitados, foi sustentada pelos princípios inerentes à análise de conteúdo previstos por BARDIN (2000).

No que se refere à primeira questão, relacionada com o conceito de *Criança em Risco,* verifiquei, nas definições obtidas por parte dos enfermeiros, pouca clareza nas respostas, sendo, por isso, notória a necessidade de clarificação deste conceito junto dos profissionais.

Na segunda e terceira questões, relativas às dificuldades dos enfermeiros na abordagem das situações de risco na criança/jovem e sugestões de melhoria da sua prática, optei por colocar

no questionário algumas categorias resultantes de um estudo de investigação neste âmbito (LESCHER et al, 2004), nomeadamente *Serviço de Saúde, Rede de Cuidados, Enfermeiro/a, Pais e Crianças e Outras*, de forma a facilitar e enriquecer o conteúdo das respostas. Os principais resultados obtidos evidenciam a necessidade de *"um protocolo de actuação para situações de risco; uma maior articulação funcional; uma uniformização do registo das situações; a criação de espaços apropriados para abordagem das situações; a celeridade nos processos, um papel mais activo no seio da equipa multidisciplinar; formação na área do risco e na área da Pediatria"* (específica para os enfermeiros do serviço de UG); *"encontros periódicos multidisciplinares para discussão de casos, feedback de situações encaminhadas, partilha de experiências; triagem pediátrica realizada pelos enfermeiros do serviço de Pediatria; formação parental (em serviço e na comunidade)".* Este último aspecto colide com a necessidade de intervir junto dos principais agressores à criança/jovem, de acordo com os dados estatísticos apresentados pelo NHACJR.

Perante estas conclusões, tornou-se necessária a compreensão da viabilidade das actividades de melhoria da prática imaginadas, pelo que **assisti a uma reunião do NHACJR (anexo 8 do Anexo XIX)**, onde estiveram presentes, para além dos seus elementos constituintes, o enfermeiro chefe, a directora clínica do serviço de Pediatria e a enfermeira responsável pelo serviço de UG. Nela foram discutidas as ideias que deram corpo a um **protocolo de articulação entre a intervenção dos enfermeiros da UG, da UP e o NHACJR (anexo 9 do Anexo XIX)**, intitulado *Abordagem das Situações de Risco na Criança/Jovem, em contexto de Urgência*. Este documento, pretende sistematizar as funções dos enfermeiros de ambas as valências e uniformizar procedimentos na identificação, intervenção, referenciação interna e registo das situações a ele referidas. Foi construído de acordo com o modelo dos restantes protocolos do Manual Operativo de Enfermagem do serviço de Pediatria, no qual foi igualmente incorporado. Mais uma vez, os meus conhecimentos anteriores no âmbito da Gestão da Qualidade, permitiram a construção de um **fluxograma** neste documento, de acordo com a metodologia de YURAN (2001).

No que se refere às orientações técnicas e ético-legais nele contidas, foram baseadas no Documento Técnico de Intervenção em Saúde para Maus Tratos em Crianças e Jovens da DGS (2007), assim como nas recomendações do Programa - Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (PORTUGAL, 2005). Em relação aos dados alvos de registo no *Alert*, foram incrementadas orientações que focam uma avaliação sócio – familiar da criança (CE, 2008), com ênfase nos factores de risco e protectores identificados (idem, ibidem; DGS, 2007). No que se refere aos registos, devem ser em linguagem CIPE, recentemente introduzida no serviço.

Uma vez sugerida a Promoção da Parentalidade Positiva como estratégia de intervenção nas famílias de risco, tornou-se necessário adicionar no *Alert* o foco Parentalidade Efectiva (*Positive Parenting*) disponível na versão 2.0 da CIPE (ICN, 2010). Desta forma, seria possível

a construção de diagnósticos e intervenções de Enfermagem a ele adequadas. Assim, e com este intuito, foi **solicitada a colaboração da equipa técnica do *Alert***, **através do contacto efectuado pela equipa do serviço informático do CHTV**, encontrando-se este processo em curso até ao final do Estágio, razão pela qual foi deixada a sugestão de, futuramente e na impossibilidade de conclusão do mesmo, ser elaborado um instrumento manual de registo.

Uma vez criado o protocolo, tornou-se necessária a elaboração de um **Dossier de Consulta Rápida para o gabinete de triagem do serviço de UG** e para o **posto de Enfermagem da UP,** onde se encontram acessíveis **tabelas de factores de risco e protectores da criança/jovem (anexos 10 e 11 do Anexo XIX)**, assim como o referido protocolo. Ainda, a elaboração de um **Dossier de Referenciação Interna para Situações de Risco** foi uma actividade considerada pertinente, na medida em que existe uma falha de articulação da informação com o NHACJR, no sistema informático. Este dossier pretende o arquivo das folhas de resumo de urgência impressas, após o registo dos dados solicitados na **folha de controle** elaborada **(anexo 12 do Anexo XIX)**. A responsabilidade da gestão desta informação e o respectivo encaminhamento será realizada por um EESIP.

Por fim e, como enfermeira coordenadora de um Projecto de melhoria contínua da Qualidade neste contexto, elaborei uma **Check List para Avaliação da Qualidade** (PALMER, 2004) **(anexo 13 do Anexo XIX)** referente a este Projecto. Assim, foram construídos indicadores baseados nos focos presentes no *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados em Saúde* (OE, 2007) para o enunciado descritivo *"Prevenção de Complicações",* dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2002). O levantamento e análise destes dados serão realizados, futuramente, por mim, em conjunto com uma EESIP.

A intervenção de Enfermagem junto dos pais no contexto da UP, mencionada pelos enfermeiros nos questionários, suportada pela legislação referente aos maus tratos infantis, pelo modelo de Casey e pelas Recomendações da Parentalidade Positiva, como estratégia de prevenção dos maus tratos infantis, fundamentam a minha tomada de decisão pela elaboração do **Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem na Promoção da Parentalidade Positiva (Anexo XX)**, disponível nos Dossiers de Consulta referentes ao Projecto. A sua estrutura obedece às directrizes emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007) para a construção de guias de boas práticas e tem como principal objectivo, sistematizar princípios e estratégias de intervenção de Enfermagem junto dos pais. A construção das intervenções em linguagem CIPE, constituiu para mim um novo desafio, que superei com a ajuda de todos os envolvidos neste processo, tendo o cuidado de detalhadamente definir o propósito de cada uma delas, no sentido de assegurar a compreensão por parte dos colegas. Como **anexo 1** deste Guia Orientador, encontra-se o **Poster *"Aos Meus Papás***", cuja elaboração teve o intuito de ajudar os pais a reflectir sobre a importância do seu papel parental positivo, sendo, por isso, afixado à entrada da UP.

Outra actividade promotora da Parentalidade Positiva foi a construção do **Jornal de Parede *"Juntos Crescemos"***, com o respectivo **Guia Orientador (Anexo XXI)**, que surgiu da necessidade de superar as limitações do contexto de Urgência, onde por vezes não é possível atender a todas as necessidades parentais, nomeadamente ao treino de competências. Este jornal consiste numa exposição mensal, na sala de espera da UP, de artigos/folhetos relacionados com a temática da Parentalidade Positiva, cuja autoria ou pesquisa é da responsabilidade da equipa multidisciplinar do serviço de Pediatria. As temáticas a que este pretende dar resposta, são provenientes das questões colocadas pelos pais (FIELDEN e GALLAGHER, 2008) na caixa destinada para o efeito, no que se refere a dúvidas, necessidades e dificuldades relacionadas com os cuidados ao filho/a. A recorrência da população a esta unidade, permite a leitura de diferentes temáticas que, alternadamente, vão sendo expostas. Os objectivos deste jornal não só visam o *empowerment* dos pais e o bem-estar da criança, como também constituem uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, que, ao elaborarem **artigos e folhetos**, **conforme os modelos construídos e sugeridos (anexos 2 e 3 do Anexo XXI)**, aprofundam os seus conhecimentos e consciencializam-se das necessidades da população que a eles recorre. A gestão da informação dos pais cabe a um grupo de trabalho, coordenado por mim, que recorre a uma metodologia proposta no Guia Orientador do Jornal. Dado o curto espaço de tempo em que o Estágio se realizou, não foi possível recolher dados suficientes para uma consequente análise e exposição neste relatório.

Todas estas actividades mencionadas, foram simultaneamente fruto da necessidade de compreensão da problemática do risco na criança, como também da profunda tristeza que me invadiu ao constatar a crescente incidência de maus tratos, na realidade onde trabalho e habito. Ao longo do Estágio, foi possível o contacto com situações reais de crianças em risco, as quais inspiraram a minha pesquisa e vontade crescente de agir, no sentido de as minimizar. Ao recordar uma destas situações, saliento a dificuldade de avaliar os diferentes factores da criança e família, afim de discernir o risco do perigo. No entanto, sinto o orgulho de ter sido solicitada por uma colega, para dar resposta ao caso em questão, pelo novo conhecimento e melhorias da prática por mim introduzidas e, por ela, salientadas. É, de facto, fundamental, um tacto especial na interpretação e "*detecção precoce*" (OE, 2009, p.5) dos diferentes casos, assim como uma atitude célere e sensata, no encaminhamento de grande parte das situações.

Assim, o papel do EESIP é muito mais do que meramente apreciativo ou conformado com as situações com que se depara. Agir em prol do Superior Interesse da Criança e da sua protecção contra todas as formas de violência, conforme descrito no recente documento "*Direitos da Criança no Hospital*" (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2010), constitui a razão da sua intervenção. Mais uma vez, a estreita relação com os pais, procurada pelas actividades no âmbito da Promoção da Parentalidade Positiva, não constitui um trabalho, mas um dever indiscutível na protecção dos riscos da criança.

O culminar destas actividades foi obtido através da realização de uma **sessão de formação** (**Anexo XXII**), com o objectivo de sensibilizar a equipa para a importância do domínio de ambas as temáticas do projecto, apresentar os resultados dos questionários, as medidas de boas práticas sugeridas e, fundamentalmente, de proporcionar uma interacção multidisciplinar, sugerida nos resultados dos questionários pelos enfermeiros. Assim, a sua preparação envolveu **convites (anexo 1 do Anexo XXII)** ao Enfermeiro Director, ao Enfermeiro Chefe e à Directora do serviço de Pediatria, Enfermeira Responsável do serviço de Urgência Geral, restantes enfermeiros dos serviços de Pediatria e Urgência Geral, membros do G.T.V.M.T. e elementos do NHACJR. Com esta actividade e perante uma sala com 31 pessoas, senti o peso da responsabilidade inerente ao papel de líder do EESIP e à sua importância na tomada de decisão, articulação multidisciplinar e desenvolvimento de um serviço e de uma equipa. O projecto foi totalmente aceite e as restantes sugestões dos enfermeiros que não foram traduzidas em medidas realizadas ao longo do Estágio, ficaram como projectos futuros, discutidos activamente por todos. Por fim, o **vídeo (anexo 2 do Anexo XXII)** realizado no âmbito dos dois temas inerentes ao projecto e contendo imagens do contexto devidamente autorizadas, permitiu sensibilizar os profissionais, que se emocionaram ao reflectirmos, em conjunto, sobre a nossa realidade e o nosso tão valioso papel interventivo junto dos pais e crianças, pela "*adopção de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da Qualidade"* (OE, 2002, p.15).

Com a concretização destes objectivos, foi possível desenvolver as seguintes competências: *"comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas"; "reflectir na e sobre a prática, de forma crítica"; "liderar equipas de prestação de cuidados especializados, na área de especialização"; "demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência"; "participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização"; "promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros"; "demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; " ter a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos, em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem*" e *"ser capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades"* (UCP, 2008, p.4-5).

Uma vez que me encontrava paralelamente a trabalhar e a realizar um Estágio, foi ainda possível **supervisionar alunos do curso de Licenciatura**, bem como **integrar um colega de equipa na unidade de UP**. Lado a lado, no caminho para um aprofundamento de competências, ressalvo a importância de nos sentirmos apoiados neste processo. Prestes a alcançar uma especialização, compreendi que o meu papel era extremamente importante no

âmbito da supervisão, sobretudo pela estimulação contínua das potencialidades de cada formando, no sentido do seu crescimento e autonomia. Afinal, a temática da Parentalidade Positiva, direccionada para este reforço e estimulação nos pais, permitiu ser adaptada no âmbito dos demais intervenientes no âmbito da saúde.

Com estas actividades, foi possível alcançar as competências de especificamente "*colaborar no processo de integração de novos profissionais"* e *"exercer supervisão do exercício profissional na área de especialização"* (UCP, 2008, p. 4-5), inerentes ao papel do EESIP.

3. CONCLUSÃO

Não há conclusão possível para um caminho rico, exigente e desafiante como este. Há sim, uma vontade assumida de continuar a percorrê-lo na busca de um constante aperfeiçoamento das competências adquiridas, nesta etapa da minha actividade profissional. Assim, este capítulo, para além de realçar os benefícios e contributos deste investimento formativo, ao nível dos cuidados especializados à criança e família, igualmente destaca as limitações e sugestões de melhoria no meu desempenho como futura EESIP.

Perante o acompanhamento de todas as pessoas que comigo se cruzaram e partilharam sorrisos, vivências, inquietações, dificuldades, chegou o momento de questionar…*Valeu a pena? Estou diferente? Em quê? Porquê?*

Pensar de forma analítica é inerente ao Ser Humano, no entanto é necessário saber usar o pensamento e reflectir sobre e na prática de cuidados, na busca do melhor agir, para o melhor Cuidar. A procura dessa base de conhecimentos aprofundada, como fundamentação da prática profissional, constituiu o principal contributo adquirido. A compreensão da importância de suportar atitudes e comportamentos com um modelo conceptual, válido e actual, nos diferentes contextos do cuidado à criança, torna a intervenção de Enfermagem mais competente, credível e visível.

Assim, o modelo da Parceria de Cuidados, em conjunto com o conceito, Princípios e Recomendações da Parentalidade Positiva, nortearam a minha aprendizagem, alertando-me para um percurso, mais do que um objectivo, que procurei seguir no Superior Interesse da Criança. Do envolvimento parental aos cuidados centrados na família (HUTCHFIELD, 1999), diferentes foram as etapas de desenvolvimento pessoal e profissional e, consequentemente, diferentes os contributos e os projectos futuros. Deste modo e, por meio de atitudes fundamentais ao EESIP, percorri o caminho da Excelência…

Acreditando… nas potencialidades de cada criança e família que, estimuladas e reforçadas, conduziram à autonomia e bem-estar familiares. A importância de lhes oferecer confiança, capacitando-os e reforçando os seus pontos positivos, foi determinante na forma como superaram as dificuldades. A oportunidade de contacto com a complexidade da doença oncológica, proporcionou momentos que impulsionaram a vontade de oferecer o meu contributo e a minha ***responsabilidade ética, social* e profissional** à Associação Acreditar, por meio do voluntariado, no acompanhamento de crianças com doença oncológica nos campos de férias e na formação dos voluntários.

Ensinando… competências parentais positivas, por meio de estratégias inovadoras, consistentes e pertinentes, permitindo capacitá-los, no sentido do *empowerment* necessário à participação activa no processo de desenvolvimento e autonomia das crianças e à manutenção de uma relação positiva pais/filhos. Da aprendizagem neste contexto, emergiu a reflexão da

importância do EESIP não incrementar modelos nem receitas de actuação, mas sim adaptar as suas estratégias à singularidade de cada Pessoa, com quem se relaciona. A minha futura participação no Curso para Pais, como formadora, torna-se uma forma de prosseguir o desenvolvimento desta e de outras competências ao nível da ***gestão da formação.***

Atribuindo sentido… de pertença mútua ao RN de alto risco e seus pais, que se dedicam incondicionalmente à luta pela sua sobrevivência. A minha capacidade de negociar, analisar aprofundadamente cada situação e promover um cuidado parental baseado no compromisso afectivo durante a ***prestação de cuidados*** em neonatologia, traduziu-se na eficácia e sucesso demonstrados nas diferentes actividades. Os novos conhecimentos apreendidos na UCIN constituem hoje uma mais valia na minha prática profissional. Nesta, pretendo introduzir o livro "*Olá Papás*", publicando-o, se possível, futuramente. Por meio dele, pretendo continuar a realçar os aspectos positivos do impacto negativo da hospitalização.

Protegendo… a vulnerabilidade de cada criança e as dificuldades do papel da família, na ameaça que constituem à vivência de uma infância livre de riscos e perigos. De uma forma analítica, procurei compreender a complexidade da temática dos maus tratos infantis, exercendo uma consciente e adequada intervenção, rumo ao desenvolvimento de toda a equipa multidisciplinar, tomando, com ela, as melhores decisões, em benefício da criança/família. A criatividade, proactividade e capacidade preditiva, não pouparam esforços à implementação do Projecto de melhoria da Qualidade dos Cuidados neste contexto. Com a responsabilidade futura pela sua gestão, com ênfase na análise dos indicadores a ele referentes, pretendo continuar a desenvolver competências ao nível da ***investigação e gestão da qualidade****,* procurando dar visibilidade aos Cuidados de Enfermagem Especializados.

As sugestões fornecidas pela equipa nos questionários aplicados, aliadas à minha vontade de chegar mais perto da comunidade na prevenção do risco e do perigo, proporcionaram as condições necessárias à futura implementação de um grupo de apoio comunitário, com o objectivo de promover a saúde e o bem-estar da criança no seu ambiente familiar. Ainda, o Guia Orientador de Boas Práticas na Promoção da Parentalidade Positiva, pretende ser apresentado à Ordem dos Enfermeiros, pela pertinência e insuficiente conhecimento científico no âmbito desta temática na profissão de Enfermagem, que constituiu para mim a principal limitação ao longo deste percurso.

Não almejando a perfeição, porque não é nela que o sentido da prática de Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediatria se centra, busco o constante desafio que as diferentes situações da prática me colocam, afim de mobilizar as competências adquiridas neste Curso de Mestrado, aperfeiçoando-as. Desta forma, pretendo ser capaz de, de modo autónomo e ao longo da vida, manter-me no trilho da Qualidade, cuidando de forma cada vez mais competente, avançada e positiva… porque neste percurso compreendi que vale a pena *Ser e Agir* como nos diz PESSOA (1995, p. 5)... *" para ser grande, sê inteiro; nada Teu exagera ou exclui; Sê todo em cada coisa; põe quanto és no mínimo que fazes".*

4. REFERÊNCIAS

ACREDITAR - **Boletim Acreditar** – Associação de Pais e Amigos das Crianças com Cancro. Lisboa, Agosto 2001, Nº.15.p.7

ALS, H. e GILKERSOS L. – The role of relationship-based developmentally suppportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. **Seminary of Perinatology**, 21 (3), 1997; p.178 -179

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. Hospitais Promotores de Saúde - **O Respeito pelos Direitos da Criança no Hospital**. Novembro 2010

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - **Your Baby's First year**. 2.ª ed. New York: American Academy of Pediatrics. 2005, ISBN:0-553-58794-3

BALDINI, S.M. – **Avaliação das reacções dos pais à interacção do filho em unidade de terapia intensiva e desenvolvimento de uma proposta de apoio psicológico**. Tese de Doutorado da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo. 2001. 183p.

BARRADAS, A. – **Parentalidade na relação com o Recém – Nascido Prematuro: vivências, necessidades e estratégias de vinculação**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentado à Universidade Aberta. Janeiro 2008.

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo.** Lisboa. 2000. Edições 70, ISBN 972-44-0898-1, 74p.

BENNER, Patrícia – **De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica**. Coimbra: Quarteto, 2001. 294 p. ISBN 971-8535-97-X

BENZIES, K. et al - **Strengthening new fathers' skills in interaction with their 5-month-old infants: Who benefits from a brief intervention?** Public Health Nursing, 25(5), 2008, p.431-439

BERMAN, R. - Perceived Learning Needs of Minority Expectant Women and Barriers to Prenatal Education. **The Journal of Perinatal Education**.15 (2), 2006, p.36-42

BERTOLINO, J. – **Cartas Terapêuticas**. Recomendaciones para sua elaborácion. 2003. Disponível em URL:http:// www.ct.gov/injury. [consultado em Maio 2010]

BOLANDER, V. B. – **Sorensen & Luckman Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica.** 1ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 2001. 1963p. ISBN 972-96610-6-5

BOWLBY, J. – **Apego e perda**. 2ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990. 451 p.

BOWLBY, J.– **Apego: a natureza do vínculo**. São Paulo. Martins Fontes.2002. 56p.

BOTERF, Guy – **Construir as competências individuais e colectivas**. Porto: ASA editores, S.A, 2005. ISBN 972-41-4243-4

BRAZELTON, T. Berry – **O Grande Livro da Criança. O Desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Maio 2009, 11ª. ed., 535 p.

CANAVARRO, C. – **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Quarteto Editora. Coimbra, 2001, p.271

CASEY, Anne – Development and Use of Partnership Model of Nursing Care In: GLASPER, E. A.; TUCHER, A. – **Advanced in Child Health Nursing**. London. Scutari, 1993. 193 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Understanding Child Maltreatment. **Journal**. 2008.Disponivel em www: URL:http:// www.cdc.gov/injury [consultado em Maio 2010]

CENTRO DE SAÚDE DE TORRES VEDRAS (CSTV) – **Plano de Acção 2010**. 2007.7p.

CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS (CHTV) **- Guia de Acolhimento do Serviço de Pediatria.** 2005, p.3-5

CONVENÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA (1988). Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf [consultado em Outubro 2010]

COUNCIL OF EUROPE (CE) - **Parenting in contemporary Europe: a Positive Approach**. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing. April 2008. ISBN 978-92-871-6135-2

CRUZ, Orlanda – **Parentalidade.** 1ª ed. Coimbra: Quarteto, 2005. 261p. ISBN 989-558-054-1.

DECRETO-LEI (D.L.) nº. 93 de 21 de Abril de 1998 - **Código Deontológico do Enfermeiro**

DECRETO-LEI (D.L.) nº. 161/96 de 4 de Setembro - **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) - **Documento Técnico de Intervenção em Saúde** – Maus Tratos em Crianças e Jovens. Outubro 2007; 34p.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) - Boletim Informativo. Lisboa. Nº7.2010. p.5

FERREIRA, Manuela; COSTA, Maria da Graça – Cuidar em Parceria: subsídio da vinculação pais/bebé pré-termo [Em Linha]. **Millenium: Revista do ISPV.** Viseu. n.º 30 (Outubro 2004), p.51-58

FIELDEN, J. M.; GALLAGHER, L. M. - Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: A questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, 45(3), 2008. p. 406-417

FORTIN, M. – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**; Lusociência; Loures; 3º.ed. 2003; ISBN 972-8383-10-X

FOWLIE, P.W. e MCHAFFIE, H. – Suporting parents in the neonatal unit. **BMJ**. 329. 2004. p.1336-1338

GOMES-PEDRO – **O que é ser criança? Da genética ao comportamento**. Análise Psicológica. ISSN 0870-823. N.º 1, Vol. XXII (2005), p. 33-42.

GOMES-PEDRO – **Viver numa unidade especial para recém-nascido: um risco, uma oportunidade.** 1º. seminário de Neonatologia. Porto: Hospital de S. João. 1997, p. 67-73

GUEDENEY NICOLE e GUEDENEY ANTOINE. **Vinculação, conceitos e aplicações**. Climepsi Editores. 1ª.edição, Lisboa, 2004, p.76

HEAMAN, M.; CHALMERS, K.; WOODGATE, R. - Early childhood home visiting programme: factors contributing to success. **Journal of Advanced Nursing**, 55(3), 2005. 291-300

HEEARMANN, J.A.; WILSON, et al – Mothersin the NICU: outsider to partner. **Paediatric Nursing**. 31 (3). 2005. p.176-200

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do Cuidar.** Loures: Lusociência, 2001. 220 p. ISBN 972-8383-20-7

HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA – UCIN - **Plano de Acção**. 2010. Lisboa.18p.

HUTCTHFIELD, K. – Family-centred care : a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**; Nº 29; Vol. 5; Blackwell Science Ltd; 1999, p.43-45

INSTITUTO DE APOIO A CRIANÇA - **Carta Da Criança Hospitalizada** (1988). Lisboa: Humanização dos serviços de atendimento à criança. 2000.14 p.

INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL – **Formação Pedagógica Inicial de Formadores - Manual do Formando.** Torres Vedras, 2007.89 p.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - **Classificação Internacional para a Pratica de Enfermagem (CIPE/ICNP) Versão 1.0.** Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2009. 210 p.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0. -** Disponível em enfhttp://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx), [acedido em Outubro 2010]

JACKSON, K. et al – From alienation to familiarity:experiences of mothers anda fathers of preterm infants. **Journal of Advanced Nursing**. 43 (2).2003.p.120-129

KATAFIAS – **A arte de ensinar**.Quarteto.2003. 21p.

KOLCABA, Katharine – **Confort theory and practise: a vision for holistic health care and research**. New York: Springer Publisher Company. 2003. ISBN 0-8261-1663-7. 263 p.

LAZURE, Hélène – **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermagem**. Lisboa: Lusodidacta, 2004. ISBN 972-95399-5-2. 192 p.

LEI nº. 147/99 de 1 de Setembro - **Protecção de Crianças e Jovens em Risco**.

LESCHER et al – **Crianças em Risco Social: limitações e Necessidades da Actuação do Profissional de Saúde**. Resultado da Fase I do Projeto de pesquisa apresentado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – Programa de Políticas Públicas, 03/06405-0. São Paulo. 2004. 74p.

LIBBY LEE COLMAN e ARTHUR COLMAN – **Gravidez, a experiência Psicológica**. Edições Colibri, 1994; p.72

LOPES, et al – Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literartura. **Referência.** Coimbra. III Série, nº.1, Julho 2010.p.109-118

LUCAS, M.F.M.A.- **A Vivência da Espiritualidade na Criança com Doença Oncológica.** Lisboa: Lusociência, 2008. 103 p.

LONG, A. et al - The effectiveness of parenting programmes facilited by healthy visitors. **Journal of Advanced Nursing**. 34 (5), 2001. p. 611- 620

MAHONEY G., KAISER A., GIROLAMENTO L., MACDONALD et al - Parent Education in: Early Intervention: A Call for a Renewed Focus. **Topics in Early Childhood Special Education**, 19(3), 1999; p.131-140

MARQUES, S.M.N.& SÁ, M.G.S. - Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. **Referência.** Coimbra (11).2004. p.34- 40

MELEIS, Afaf – **Theorical Nursing: Development & Progress**. 3ª. ed., Philadelphia: Lippincott, 2005, 739 p.

MARUJO, Helena Á.; NETO, Luís M.; PERLOIRO, Maria de Fátima – **Educar para o optimismo. Guia para professores e pais**. Lisboa: Editorial Presença, 2000. ISBN972-23-2516-7. 145p.

NORR, K. F., et al - Maternal and infant outcomes at one year for a nurse-health advocate home visiting program serving African Americans and Mexican Americans. **Public Health Nursing**, 20(3), 2003. p.190-203

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Desenvolvimento profissional: certificação de competências: fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Maio de 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Modelo de Desenvolvimento Profissional –** Perfil de Competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. Caderno Temático. Dezembro 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Setembro de 2002, 19p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Recomendações para a elaboração de Guias orientadores de Boas Práticas de Cuidados**. Comissão de Formação. Julho 2007

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde**. Lisboa. 2007. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt [consultado em Outubro 2010]

PALMER, Heather - **Avaliação da Qualidade num Hospital Pediátrico**. 2004. Disponível em http://www.hsph.harvard.edu/faculty/heather-palmer/. [Consultado em Outubro 2010]

PESSOA, F. – **Parábolas do século XX**.1995.14p.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes - **Saúde Infantil e Juvenil - Programa – Tipo de Actuação**. 2ª.ed., Lisboa, 2005, 21p.

RAMINHOS, J.A.V.B. - Mitos e Representações Sociais ligadas à Doença Oncológica. **Enfermagem Oncológica**. 28/29: 2004. p.22- 25

RELVAS, A. – **O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica**. 2ª. ed. Porto: Edições Afrontamento, 2000. 56p.

RUSSEL, A. - Individual and Family Factors Contributing to Mothers' and Fathers' Positive Parenting. **International Journal of Behavioral Development**, 21 (1), 1997.111-132

SÁ. E. - **Más Maneiras de Sermos Bons Pais**. Oficina do Livro. 4ª.ed. Alfragide. 2008; p.183-184

SAINT- EXUPÉRY A. – **O Principezinho**. Caravela. Coimbra, 2001; p.74

SVENSSON, J., B.; L., C., M. - The Concerns and Interests of Expectant and New Parents: Assessing Learning Needs. **The Journal of Perinatal Education**. 15(4); 2006. p.18-27. [Consultado em 27-05 2010]. Disponível em http://www.pubmedcentral.nhi.gov/picrender.fcgi?artid=1804306&blotype=pdf

TOMEY M.A., ALLIGOOD R.M. – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de Enfermagem.** 5ª ed. Lisboa: Lusociência, 2002. 750p. ISBN 972-8383-74-6

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (UCP). Instituto de Ciências da Saúde. Escola Superior Politécnica de Saúde – **Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Regulamento Geral**. 2008. 14 p.

UNIDADE COORDENADORA FUNCIONAL (UCF) DO OESTE – **Regulamento**.2002, 6p.

UNIDADE DE SÁUDE FAMILIAR (USF) Gama – **Plano de Acção 2010/2011**.2010,12p.

VARA, L. - Relação de Ajuda à Família da Criança Hospitalizada com Doença de Mau Prognóstico num serviço de Pediatria. **Revista Portuguesa de Enfermagem**.1. 1996. p.5-52

YURAN, J.M., GRYNA, F.M. – **Controle de Qualidade, Conceitos, Políticas e Filosofia da Qualidade**. MacGraw – Hill. São Paulo, 2001.57p.

ANEXOS

Anexo I

Planeamento de Actividades

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

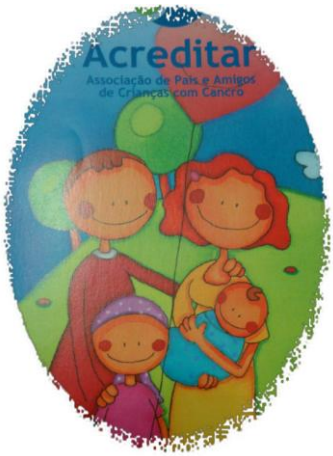
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Unidade Curricular Estágio
Módulo I – Recursos da Comunidade

Acreditar

Planeamento de Actividades







Sónia Patrício

<u>Orientação:</u>

Drª. Alexandra Correia

Profª. Elisabete Nunes

Lisboa

Abril de 2010

Módulo I – Recursos Comunidade (Associação Acreditar)

Dia 19/4 (2ª feira) – 10h – 16h

Período	Actividades
Manhã	- Conhecimento da Associação (projectos, recursos, actividades, âmbito): ✸ Reunião informal com a Responsável pelo Núcleo Nacional. - Visita ao Hospital Dia de Pediatria do IPO; ✸Organização dos carrinhos de Brinquedos para as crianças; ✸Entrega de Brinquedos, com as voluntárias, às crianças em tratamento.
Tarde	- Visita à Biblioteca da Associação: ✸Consulta de livros, manuais, panfletos alusivos à doença oncológica na criança e ao trabalho realizado pela Associação.

Dia 20/4 (3ª feira) – 10h - 17h

Período	Actividades
Manhã	- Visita à Associação (Núcleo Nacional, Sul e Casa de Lisboa): ✸Observação da estrutura física das diferentes valências; ✸Conhecimento das funções dos profissionais e actividades por eles desenvolvidas; ✸Entrevista à Enfermeira gestora da Casa de Lisboa.
Tarde	- Participação em actividades da Associação (Núcleo Sul): ✸Organização da Biblioteca, separando material de consulta bibliográfica do material de entrega aos pais e crianças.

Dia 21/4 (4ª feira) – 10h - 17h

Período	Actividades
Manhã	- Visita ao serviço de Pediatria do IPO: … ✸ Observação da estrutura física do serviço; ✸ Contacto com profissionais do serviço (enfermeiros, médicos, AAM, professoras, educadora); ✸Contacto com as crianças internadas e família; ✸ Observação das actividades da Associação no serviço; ✸ Observação do Pavilhão *Lion* da Consulta Externa.
Almoço	- Almoço convívio na Casa *Acreditar*
Tarde	- Participação em actividades da Casa de Lisboa: ✸Convívio com crianças e famílias residentes (actividades de grupo).

Anexo II

Artigo *"É possível Acreditar" – Uma Experiência com crianças portadoras de Doença Oncológica e suas famílias*

É possível Acreditar

- Uma Experiência com crianças portadoras de Doença Oncológica e suas famílias -

Is it possible to Believe – An experience with children with cancer and their families

S. Patrício*

Enfermeira - Mestranda em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).

L. Vara

Professora Coordenadora da Unidade Curricular - Enfermagem Pediátrica, no Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).

* *e-mail*: soniapatricio2002@hotmail.com

RESUMO

A Criança com Doença Oncológica é alvo de uma série de modificações na sua vida. A forma como vive a doença, como manifesta, suporta e ultrapassa o sofrimento é única e diferente de tantas outras. A Família por sua vez, surge como principal cuidador e educador, com necessidades igualmente particulares nas mesmas situações.

A Acreditar, como Associação de Pais e Amigos das Crianças com Cancro constitui um recurso de suporte a diversos níveis para estas crianças e famílias. Integrados na mesma, bem como presentes em contexto hospitalar, os enfermeiros, participaram na luta diária contra o cancro, na busca incessante de forças familiares para viverem, na forma como ajudam a encarar o futuro e acreditam que tudo é possível…

Este artigo pretende constituir uma reflexão sobre a experiência vivida na visita à Associação Acreditar e Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil em Lisboa, salientando aspectos relacionados com a doença oncológica na criança, na família, na sociedade e no Cuidar em Enfermagem.

Palavras – Chave: Criança; Doença Oncológica; Família; Cuidar; Enfermeiro; Acreditar

ABSTRACT

The child with cancer suffers a series of changes in his life. The way he lives with the disease, how it is manifested and how he copes with the suffering is unique and different from so many others. The family is the main carer and educator also has singular needs in the same situations.

Acreditar is an association for parents and friends of children with cancer and supports these children and families in many different levels. Inside the association and present in the hospital, nurses participate in the daily struggle against cancer, in their search for strength to help these families face the future and believe anything is possible…

This article is a reflection about the experience of visiting the association Acreditar and the Oncology Institution - Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, in Lisbon, highlighting aspects related to the child with cancer, the family, the society and caring in nursing.

Keywords: Child; Cancer; Family; Caring; Nurse; Acreditar.

INTRODUÇÃO

Porquê? Quando? Como? Foram estas questões, associadas a um mar de lágrimas, a um sem fim de gritos, a um fácies de desespero, a uma mão estendida na procura de ajuda…que me acolheram na primeira visita à Associação Acreditar – Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro. Questões, emoções, reacções provenientes de uma mãe que recebeu recentemente a notícia do diagnóstico de uma doença oncológica no seu filho de 6 anos de idade. O menino surgiu pouco tempo depois na Associação, na companhia do pai, esboçando um sorriso envergonhado, que recordo como se fosse hoje. O pai, por sua vez, pareceu-me querer sorrir, chorar, mas acabou por manter uma postura neutra, sem qualquer reacção no momento. Chegou a vez dos profissionais que acolheram esta família… a psicóloga, a enfermeira, eu e a minha colega de Mestrado. A equipa de saúde da Associação recebeu os pais com um forte abraço e o menino com um beijinho, pegando-o ao colo. Eu e a minha colega, ficámos perplexas com toda a situação, sem saber o que dizer, o que fazer…simplesmente sorrimos para toda a família como forma de acolhimento!

Este e outros momentos superaram a minha expectativa em relação à visita à Acreditar. Julguei consistir apenas na escuta e/ou leitura de histórias, experiências relacionadas com as actividades da Associação, estando longe de imaginar a vivência das mesmas. Sinceramente, não estava preparada…foram três dias intensos, em que ri, chorei, senti medo, alegria, enfim…cresci como Pessoa e Enfermeira!

Foi a multiplicidade de gestos, emoções e reacções por parte dos diferentes intervenientes na situação de doença oncológica, que me fizeram redigir e partilhar neste artigo aspectos inerentes ao meu processo de aprendizagem e toda a riqueza que este possuiu. Imbuído dos meus próprios sentimentos, que ainda hoje estão presentes quase que da mesma forma como nos diferentes momentos desta experiência, este processo foi fomentado pelas conversas informais estabelecidas com a equipa da Acreditar e do serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil de Lisboa (IPO). Foi também

complementado pela literatura consultada útil à compreensão da temática e muito consolidado na interacção com pais e crianças com doença oncológica.

Desta forma, pretendo:

- Reflectir sobre a experiência vivida na visita à Associação Acreditar e IPO, salientando aspectos relacionados com a doença oncológica na criança, na família, na sociedade e no Cuidar em Enfermagem.

A DOENÇA NA CRIANÇA…

O cancro é, segundo a Direcção Geral de Saúde (2010)[(1)], uma das principais causas de morte em crianças dos 3 aos 14 anos. Apesar dos inúmeros avanços e das tecnologias existentes, os responsáveis pelo crescimento neoplástico permanecem ainda hoje, muitas vezes, por descobrir.

O diagnóstico de uma doença oncológica em Pediatria, onde o prognóstico é muitas vezes incerto, conduz a alterações a que as crianças e famílias são sujeitas, provocando um enorme desequilíbrio a nível físico, mental, social e espiritual. As rotinas, as relações, a imagem corporal, os objectivos de vida…tudo se modifica e, o sofrimento que dai advém torna-se numa presença quase constante e a diferentes níveis[(2)]. Segundo Lucas (2008)[(3)], o sofrimento da criança nesta situação é *único*, uma vez que pela experiência de vida apenas o próprio o pode sentir; é *imposto*, pelas técnicas utilizadas e tratamentos realizados; é *omnipresente*, pela permanência dos efeitos secundários e pela incerteza da situação.

A minha passagem pelo serviço de Pediatria e Hospital de Dia do IPO de Lisboa, permitiu assistir a diferentes formas de reacção ao sofrimento por parte das crianças. A criança revolta-se:"*maus, são todos maus para mim*"; culpabiliza os que a rodeiam: "*a culpa é tua mãe*"; a presença da doença, dos sinais e sintomas visíveis do tratamento fá-la sentir diferente, perante o que a sociedade considera de bonito e saudável:"*não quero que olhem para mim, estou feia";* o sentimento de injustiça está frequentemente presente:"*porquê eu?", e* a súplica e o desespero surgem nalgumas situações*:"por favor, não me piques mais".*

Por outro lado, na tentativa de fazer face e adaptar-se à doença, procura o entendimento e o esclarecimento: "*o que me vais fazer?*" e dá conta da sua espiritualidade:"*Deus vai-me ajudar*". Para

Wright (2005)[4], a espiritualidade engloba uma forma particular de ser e estar no Mundo, que se caracteriza pela procura de significado e de objectivos de Vida. Este aspecto vai ao encontro do que refere Pfund (2000)[5], ao apontar que a criança perante eventos traumáticos (doença, morte), irá utilizar as crenças religiosas e espirituais, numa tentativa de "*procurar sentido*" e de lidar com a crise.

A FORÇA DO AMOR…

Ao longo de todo este processo de sofrimento, parece existir uma atitude optimista, em que a criança procura encontrar forças para continuar a viver. É aqui que a família, como principal núcleo cuidador e educador, desempenha um papel determinante para uma boa adaptação da criança à doença. Os comportamentos, valores e ensinamentos que a família proporciona, são responsáveis pelas diferentes estratégias que a criança utiliza na vivência da sua condição[6]. Recordo-me, por exemplo, da mãe do A., que constantemente lhe dirige palavras de afecto e entusiasmo, como *"és o meu orgulho, gosto muito de ti",* que não lhe esconde a verdade do diagnóstico, que lhe explica passo a passo o que lhe está a suceder, traduzindo-se visivelmente na atitude resiliente do seu filho perante mais um internamento. Ainda, os abraços, beijinhos, prendas e a presença permanente dos pais para com as crianças internadas e em tratamento, constituem formas de se obter um sorriso, uma gargalhada e imagino que um sentimento de compreensão, interesse, confiança e bem-estar, necessários à adaptação da situação. É nesta relação de apoio que a força do amor incondicional entre pais e filhos se revela…

Se a doença se torna violenta para a criança, igualmente se torna para os seus pais. O medo do sofrimento e da morte do filho, a ansiedade, a solidão, a angústia são sentimentos referidos nas entrevistas aos pais no Boletim da Acreditar (2005)[7]. A ideia de perder um filho derruba todos os sonhos e projectos que se fez com ele, pois tal como me disse a mãe de uma criança internada: "*Perder os pais é como perder o passado. Perder o marido é perder o presente. Mas perder um filho, é perder o futuro*".

Trava-se uma luta diária para lidar com a situação…para além de terem de lidar

com a criança doente e com os seus próprios sentimentos, vêem-se a braços com uma série de dificuldades provocadas pela necessidade de internamento, pela deslocação aos tratamentos, pela distância em relação aos familiares, ausências aos empregos, dificuldades económicas, entre muitas outras.

Toda esta carga física, emocional, social por parte das famílias requer apoio, para que se seja possível uma adaptação a esta nova forma de vida e uma ajuda equilibrada aos seus filhos. Autores como Sampaio e Resina (1994)[8] e Vara (1996)[9] referem que a adaptação dos pais depende, entre outros factores, da existência de estruturas de suporte. De entre um leque de recursos que a família pode encontrar...surge a Acreditar.

O ESPÍRITO DA SOLIDARIEDADE

A Associação Acreditar é uma instituição particular de solidariedade social e tem por objectivo "*que todas as crianças com cancro tenham as mesmas oportunidades, não só de sobrevivência, mas também de conquistar a saúde psicológica e física e crescerem, tornando-se adultos de pleno direito*"[10]. De acordo com o que experienciei, é como que uma estrela guia dos pais e crianças. Grande parte dos profissionais da Associação já sentiram o que é ter cancro ou ter um filho com cancro e o seu contributo passa não só pelo apoio psicológico, informação sobre a doença e recursos existentes, mas também pela organização de eventos culturais e sociais que proporcionem às crianças e famílias uma vida o mais normal possível. O voluntariado da Acreditar constitui uma forma da sua sobrevivência. O mecenato apoia, o voluntariado faz…e faz de uma forma gratuita. Actividades como entrega de brinquedos, pinturas faciais e outras actividades de animação, permitem a humanização do contexto hospitalar, bem como libertam os pais para outras actividades pessoais e profissionais, enquanto os voluntários se ocupam com as crianças. O contacto com o voluntariado, mostrou-me um maior significado das palavras "ajudar" e "partilhar". Segundo uma voluntária: *"(…) amparo-lhes as lágrimas que caem em momentos mais aflitivos (…) ajudo-os a sonhar com um futuro risonho e, perante um final menos feliz, estou lá para o que for preciso(…).Já algumas crianças perderam as suas vidas*

nos meus braços e é muito complicado conseguir gerir todos os sentimentos, mantendo a força necessária para amparar a dor das famílias (…). Duas semanas depois, temos que ser capazes de voltar a entrar no IPO, entrar na pediatria e entrar no quarto onde a criança perdeu a vida e ver lá outra criança a lutar pela sua. É difícil, muito difícil, mas temos que ser fortes e aprender a lidar com estas situações e nunca desistir (…)"[7]. É este trabalho magnífico que aplaudo, que admiro e o qual não poderia deixar de partilhar.

Na luta pela garantia de melhores condições de vida destas crianças e famílias, a Acreditar conseguiu a construção de uma Casa em frente ao IPO, que aloja famílias com dificuldades económicas, bem como oriundas de grandes distâncias geográficas em relação a este hospital, tornando-se numa excelente forma demonstrar o esforço de um espírito de responsabilidade, cooperação e solidariedade social… Fiquei surpreendida pelo empenho, dedicação de toda a equipa na manutenção deste projecto, bem como pela preservação e decoração da Casa feita pelas famílias residentes, que a encaram como sua propriedade. O brilho dos seus olhos, a alegria que reina, a entreajuda entre pais e crianças são evidentes…novos amigos, uma nova família, um novo lar foi construído. Como refere H., mãe de uma criança residente na Casa "*somos uma família*". Desta forma, a doença pode ser, por vezes, sentida como geradora de oportunidades e sinónimo de maior união entre os diferentes membros dentro e fora da família. Foi curioso observar a visita de famílias antigas residentes, que, apesar de os seus filhos não necessitarem de tratamento na actualidade porque melhoraram ou porque perderam a vida vítimas de doença oncológica, manifestam o seu apoio e não se conseguem desligar desta grande Casa que outrora os acolheu.

Para Hall (1996)[11], o suporte social consiste no apoio dado por aqueles que reconhecem as necessidades nos outros. Assim, o exemplo da Casa Acreditar, onde todos partilham as suas vivências, dores, conquistas, e se relacionam de modo significativo, onde a compreensão e valorização de cada membro é preocupação dos restantes, torna-se num ambiente onde a estima, coragem, vontade

de continuar e não desistir são palavras-chave.

Ao longo desta interacção, é visível a relação com o Transcendente[11].São notórios em diferentes momentos do dia, comportamentos e expressões ligadas à espiritualidade, tais como: rezar, colocar velas ao pé de imagens sagradas, dizer "*eu tenho fé*", como formas de conforto, alívio e busca de forças para a situação. Sabe-se que a espiritualidade funciona como estratégia de *coping,* útil à adaptação da criança e família à situação de doença.[13], estando a fé, como crença ou confiança em alguém ou nalguma coisa, a ela intimamente relacionada.

É extraordinária a maneira como as famílias procuram viver o presente. Planeiam cada dia como se fosse o último, contemplando todas as actividades em que as crianças podem ter um controlo activo, uma autonomia, realizar tudo aquilo que faziam antes de ficarem doentes, de forma a manterem a sua identidade e confiança em si próprias. O A., um adolescente com 15 anos disse-me: "*amanha vou ao Bowling…sim, porque estou doente, mas não morto…faço o que gosto, continuo a ter os meus sonhos e a realizá-los… vivo o presente ao máximo…*". Para Raposo (2003)[14], a vida é constituída por momentos fugazes, num fluir contínuo e permanente de mudança. Conscientes desta afirmação, as famílias procuram e ensinaram-me a importância de relativizar determinados problemas da vida, procurando buscar o positivo que o impacto negativo do sofrimento pode trazer a cada um de nós.

Ainda na conversa que tive com o A., pude constatar que a morte como parte integrante da Vida não é esquecida, no entanto, ele procura incessantemente um sentido para viver, traduzido no impulso que manifesta ao querer realizar-se e aproveitar tudo ao máximo, de forma independente e autónoma. Esta forma de vida vai de encontro a Hennezel (2000)[15], quando refere que a proximidade com a morte pode constituir uma oportunidade de para repensarmos a nossa finitude, limitações e essência, revivendo, crescendo, aprendendo a dar valor aos pequenos prazeres da vida e reconhecendo a responsabilidade e a importância da nossa existência.

Por fim, atrevo-me a falar em Felicidade…após tudo o que vi, o que senti,

o que ouvi, julgo que estas famílias aceitam o que são, como são, o que têm e a forma como conduzem a sua própria vida, ultrapassando os seus receios, obstáculos e limitações, de forma unida e coesa. São felizes à sua maneira…pois para Bastos (2004)[16], *"a Felicidade é uma escolha consciente, que tem a ver com a capacidade de olharmos sempre para a janela que se abre quando uma porta se fecha".*

A ESSÊNCIA DO CUIDAR

A Pessoa é um Ser com experiências e emoções e não apenas um organismo material e físico. Possui três níveis de existência: mente, corpo e alma, sendo o seu campo muito próprio, único e subjectivo[3]. A arte da profissão de Enfermagem reside na capacidade de estabelecer uma verdadeira relação transpessoal com o Outro, ajudando-o a encontrar-se. A essência do Cuidar deve basear-se na unicidade e especificidade do Outro.

Watson (2002)[17] com o seu ideal de *Human Care*, demonstra que a Enfermagem só tem razão de ser em função do Outro. Só depois de conhecermos os seus valores, crenças, experiências de vida, alegrias e tristezas, poderemos oferecer um cuidar humano. Valoriza-se, assim, a análise das experiências individuais, pois cada pessoa experiencia a sua própria realidade.

Pela minha experiencia em Pediatria, importa compreender como a criança vive as experiências de doença, assumindo-a como um indivíduo com uma identidade própria, necessidades e características diferentes dos adultos. Por outro lado, os pais são considerados parceiros no cuidar, pelo que as suas necessidades devem ser igualmente foco da nossa atenção[18].

Ao lidar com o sofrimento, entra-se no domínio da espiritualidade, como área de intervenção em Enfermagem. Como futura especialista em Saúde Infantil e Pediatria e tendo presente o Modelo de Desenvolvimento Profissional elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2009)[19], cabe-me "*aplicar conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança"*. Deste modo e nunca dissociando as diferentes componentes citadas nesta competência, é possível cuidarmos de forma Holística tal como nos

é descrito na Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (2005)[20].

Whaley e Wong (2009)[21] referem que a família que vive uma doença crónica enfrenta diferentes estádios caracterizados por diferentes reacções emocionais. No estádio inicial, o choque, a descrença e a recusa são frequentemente experimentados pela família. Gradualmente, este vai dando lugar a uma fase de ajustamento, que se manifesta primeiramente pela admissão da existência da condição.

Ao observar o trabalho dos enfermeiros do serviço de Pediatria e do Hospital de Dia, não pude deixar de sentir o meu orgulho em ser enfermeira. De facto, eles ocupam um lugar de destaque na equipa multidisciplinar, ajudando, das mais diversas formas, a criança e família a encararem favoravelmente a sua experiência. A calma que transmitem, a alegria que procuram manifestar, o carinho que demonstram, a preocupação, a paciência e tolerância, a sensibilidade, a forma delicada como tocam nas crianças ao prestar cuidados…ainda a verdade e honestidade que nem sempre são fáceis de manter, eles evidenciam-nas na comunicação que estabelecem com crianças e família. Todo este trabalho, é reconhecido por pais e crianças internados:" *nós sabemos que eles (os enfermeiros) estão a sofrer connosco, mas têm sempre força para nos dar…quando recebemos más notícias, tentam acalmar-nos e ajudar-nos a ter uma postura mais digna perante a situação".*

Em conversa informal com a Enfermeira na Acreditar, foi também possível compreender o seu papel, as suas dificuldades e a sua forma de cuidar…Para ela, cuidar a criança e família, numa fase inicial da doença, implica ir ao seu encontro, partir à descoberta para compreender os seus sentimentos, comportamentos, necessidades e responder em conformidade. Pelo facto de a doença oncológica possuir um grande impacto e inúmeros significados, torna-se importante uma inicial expressão de sentimentos e significações sobre a mesma por parte da criança e família. É necessário ouvi-los, clarificar sentimentos, preocupações e estabelecer uma relação de confiança, onde o enfermeiro compreende que existe um Outro, que precisa de si para se realizar como Pessoa.

Desta forma e ao longo dos diferentes estádios da doença, a enfermeira parte das potencialidades e limitações da criança e família, para conceber e negociar decisões conjuntas, conferindo-lhes "*empowerment*"[22] numa situação que frequentemente está fora de controle. Deste modo, está a promover o seu crescimento[23], favorecer a sua adaptação[24] e aumentar a sua capacidade de auto-cuidado[25], procurando aumentar a esperança da família, a sua força para vencer.

A esperança é um factor essencial para aqueles que vivem com uma doença oncológica. Segundo um pai: "*temos esperança que ele melhore…a esperança significa lutar pela vida dos nossos filhos ou quando tal não é possível, aceitar a aproximação da morte*"[26]. Ao providenciar suporte emocional, os enfermeiros devem encontrar com a família estratégias promotoras de esperança, dando, por exemplo, informação consistente com as necessidades sentidas, bem como formas de resolução das mesmas de acordo com o controlo e escolha dos pais [27].

Cuidar implica a ausência de juízos de valor, preconceitos e assumpções perante determinadas crenças. Só assim estão criadas as condições necessárias para a compreensão das percepções, atitudes e desejos das crianças e famílias acerca das suas necessidades. Só deste modo se poderá ajudar a criança a "*viver*" a sua doença, no contexto da sua realidade diária, sentindo-se uma criança como as "*outras*". Tal como demonstram alguns estudos, Taylor e Mamier (2005)[28] e Narayanasamy (2004)[29], a enfermeira I. coloca em prática um cuidar espiritual de diferentes formas especiais e únicas, que tornam o seu trabalho diferente e muito gratificante…reza com eles, partilha as tarefas da Casa, vai às compras com eles, divertem-se juntos, planeiam actividades de desporto e lazer e está sempre disponível para os apoiar nos momentos de fraqueza, bem como elogiá-los perante a superação de obstáculos.

Através dos seus conhecimentos, atitudes e experiência de vida, a enfermeira I., ajuda as crianças e famílias a encontrar um sentido para a vida, a encontrarem forças onde eles sozinhos não as encontrariam, a viverem do modo como já referi… a serem doentes, mas felizes. Ela é amiga, conselheira, educadora, facilitadora,

presença constante nas suas vidas…é o espelho de uma Enfermagem de Excelência, que não descura os princípios éticos que lhes são subjacentes e os princípios do seu Código Deontológico, tais como "*respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa*" (artigo 82º., alínea b) [30].

Mais uma vez, é bom verificar que as famílias são eternamente gratas a todo este trabalho. No almoço realizado no último dia da visita, uma mãe fez um bolo e pediu que cantássemos os parabéns, embora ninguém fizesse anos. Qual não foi o nosso espanto, quando disse que queria cantar os "*parabéns*" a todos os profissionais que ali estavam, que viviam a distribuir sorrisos no seu filho e nas restantes crianças. Foi uma atitude que jamais esquecerei…

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de uma doença oncológica em Pediatria acarreta uma experiência humana rica em questões, sentimentos e emoções, quer por parte da criança, da família, quer por parte de todos os que com eles vivem a situação. Face à doença, a criança modifica-se, exibindo uma panóplia de comportamentos resultantes da sua nova condição de vida.

É na família e com a família que ela luta diariamente por uma qualidade de vida, por uma força que a faça viver na sua plenitude. É nesta luta que os voluntários, enfermeiros e restante sociedade intervêm, como forma de auxílio no encontro de diferentes formas de superação dos seus problemas.

Como enfermeira, estive atenta a diferentes formas de cuidar em contextos diferentes, um no Hospital, outro na Casa Acreditar, mas com o mesmo objectivo…De ambos guardo a singularidade e Dignidade que os profissionais atribuem à criança e famílias… É na humanização, no olhar como seres especiais, com necessidades muito próprias que a Enfermagem define a sua área de actuação, ajudando a criança e família a explorar o significado da sua experiência, a restabelecer o equilíbrio em todas as vertentes e a promover o crescimento[3]. Colocando em prática os seus conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, os enfermeiros optimizam as potencialidades existentes, estruturando o ambiente de modo a proporcionar as

condições adequadas à situação de doença oncológica.

Cuidar a criança, implica cuidar os seus pais…Por eles, para eles e com eles, a profissão de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria faz sentido. No relato desta pequena mas grandiosa experiência é visível em atitudes e pequenos gestos, a diferença que a prática da profissão pode fazer! Para mim, de forma particular, trouxe-me um sem fim de sentimentos, emoções e uma saudade imensa das famílias e profissionais com quem contactei e que me ensinaram uma nova forma de viver, de cuidar, de acreditar…

REFERÊNCIAS

1. Direcção Geral da Saúde. *Boletim Informativo*. 2010. Lisboa.Nº7.p.5.

2. Raminhos, J.A.V.B.. Mitos e Representações Sociais ligadas à Doença Oncológica. *Enfermagem Oncológica*. 2008.28/29:p.22-25.

3. Lucas, M.F.M.A.. *A Vivência da Espiritualidade na Criança com Doença Oncológica*. 2008. Lisboa: Lusociência, 103 p.

4. Wright, L.M.. *Espiritualidade, Sofrimento e Doença*. 2005. Coimbra: Ariadne Editora. 127p.

5. Pfund, R.. Nurturing a Child´s Spirituality. *Journal of Child Health Nursing*. 2005. 4:143-148.

6. Heilferty, C.. Spiritual Development and the Dying Child. The Pediatric Nursing Practitioner´s Role. *Journal of Pediatric Health Care*. 2004. 18:271-275.

7. Acreditar. *Acreditar – Associação de Pais e Amigos das Crianças com Cancro*. Agosto 2005. Lisboa, Nº.15.p.7.

8. Sampaio, D.; Resina. *Família: Saúde e Doença*. 1994. Instituto de Clínica Geral da Zona Sul. Lisboa. 107p.

9. Vara, L.. Relação de Ajuda à Família da Criança Hospitalizada com Doença de Mau Prognóstico num serviço de Pediatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. 1996.1:p.5-52.

10. Acreditar. *Manual de Boas vindas*. 2004. Lisboa: 2ª.ed.11p.

11. Hall, S.. An Exploration of Parental Perception of the Nature and Level of Support needed to care for their Child with Special Needs. *Journal of Advanced Nursing*. 1996. 24:p.512-521.

12. Azeredo, Z. et al.. A Família da Criança Oncológica - Testemunhos. *Acta médica Portuguesa*. 2002. 17.p.375-380.

13. Cavendish, R. et al.. Recognized Opportunities for Spiritual Enhancement in Young adults. *Nursing Diagnosis*. 2001. Nº12(3).p. 77-91.

14. Raposo, J.M.. O Cuidar e o Morrer. *Cadernos de Bioética*. 2003. Ano XII.Nº31: p.90-108.

15. Hennezel, Marie. *Diálogo com a Morte*. 2006. Lisboa:Editorial Notícias.4ªed.173p.

16. Bastos, A.P.. *Um Sentido para a Vida-o Equilíbrio no infinito do Ser*. 2004. Prior Velho: Paulinas. 2ª.ed.75p.

17. Watson, J.. *Enfermagem – Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*.2002. Loures: Lusociência.182p.

18. Casey, A.. Partnership nursing: influences on involument of informal cares. *Journal of Advanced Nursing*. 1995. Blackwell Science Ltd. Nº 22. p. 1058-1062.

19. Ordem dos Enfermeiros. *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. 2009. Lisboa.p.20-30.

20. Internacional Council of Nurses. *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*.2009. Versão 1.0. Genéve. p.210.

21. Whaley L.; Wong, D..*Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. 2009. Rio de Janeiro: Guanabara.910p.

22. Council of Europe. *Parenting in Contemporary Europe. A positive approach*. 2008. Strasbourg. Council of Europe Publishing. 175 p.

23. Miles, M; Wilson, S. Spiritualy in African - American Mothers Coping with a Seriously III Infant. 2001. *JSPN*. 6(3):p.116-122.

24. Pandleton et al. Religious/Spiritual Coping in Childhood Cystic Fibrosis. 2002. [consultado a 10-06-2010]. Disponível em http://pediatrics.aapublications.org.

25. Callaghan, D.. The influence of Spiritual Growth on Adolescentes. Initiative of Responsibility for self - care. *Pediatric Nursing*. 2005.31(2): p.91-95.

26. Acreditar. *Acreditar – Associação de Pais e Amigos das Crianças com Cancro*. Fevereiro 2002. Lisboa, Nº.2.p.5.

27. Magão, M.T.; Leal, I.. A Promoção da Esperança nos Pais de Crianças com Cancro. Lisboa. *Psicologia Saúde e Doença*.2001.2(1), p.2-22.

28. Taylor, E.; Mamier, I.. Spiritual Care Nursing: What Câncer Patients and Family Caregivers Want. *Journal of Advanced Nursing*. 2005. 49 (3).p. 260-267.

29. Narayanasamy, A., et al. Responses to the Spiritual Needs of Older People. *Journal of Advanced Nursing*. 2004.48 (1).p.6-16.

30. Ordem dos Enfermeiros. *Código Deontológico dos Enfermeiros*. 1998. Lisboa.57p.

Anexo III

Manual de Orientação do Curso para Pais

Curso para Pais



Pelo Superior Interesse da Criança

Elaborado por:

Sónia Patrício – Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Enfermeira Orientadora: Emília Soveral

Professora Orientadora: Elisabete Nunes

Torres Vedras

Maio / Junho 2010

“Diz-me e eu esquecerei
Ensina-me e eu lembrarei
Envolve-me e eu aprenderei”

PROVÉRBIO CHINÊS

ABREVIATURAS

D.L. – Decreto-Lei
ed. - edição
nr. - número
p. – página
Rec. – recomendação

SIGLAS

DGS – Direcção Geral de Saúde
SAPE – Sistema Aplicação Informático para Registos de Enfermagem
UCF – Unidade Coordenadora Funcional
USF – Unidade de Saúde Familiar

SUMÁRIO

	Página
0.INTRODUÇÃO	5
1.FUNDAMENTAÇÃO	6
1.1.DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES	7
2.DEFINIÇÃO DA POLÍTICA DE FORMAÇÃO	9
3.CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO	11
4.PROGRAMA DA ACÇÃO	12
5.AVALIAÇÃO	17
6.APOIOS	19
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
8.REFERÊNCIAS	21
ANEXOS	22
Anexo 1 – *Por uma Parentalidade Positiva* – Guia para Profissionais	23
Anexo 2 – Pedido de aplicação de questionários para diagnóstico de necessidades de aprendizagem	41
Anexo 3 – Questionário de diagnóstico de necessidades de aprendizagem	43
Anexo 4 - Resultados da aplicação dos questionários de diagnóstico de necessidades de aprendizagem	49
Anexo 5 - Folheto informativo do curso	61
Anexo 6 – Poster informativo do curso	64
Anexo 7 – Folha de presenças do curso	66
Anexo 8 – Plano de sessão - tipo	68
Anexo 9 – Diploma de curso	71
Anexo 10 – Questionário de avaliação inicial da aprendizagem	73
Anexo 11 – Questionário de avaliação final da aprendizagem	76
Anexo 12 – Questionário de avaliação da formação	79

0.INTRODUÇÃO

Este Manual pretende fornecer aos enfermeiros e outros profissionais de saúde envolvidos neste Curso para Pais, as bases necessárias à sua implementação e desenvolvimento. Este projecto foi pensado e estruturado em contexto académico, mas direccionado para a prática, como estratégia de melhoria da Qualidade de Cuidados.

Encontra-se estruturado em oito partes fundamentais. A primeira refere-se à fundamentação do Curso com base na filosofia da Parentalidade Positiva, onde se inclui o respectivo diagnóstico de necessidades; a segunda parte refere-se à definição da política de formação, onde estão explícitos os objectivos, resultados esperados e estratégias de intervenção do curso. A terceira parte diz respeito à caracterização do contexto, onde se descriminam os destinatários, a equipa dinamizadora, o local da acção e os recursos didácticos necessários. A quarta parte dá ênfase ao programa da acção, com a respectiva metodologia, modalidade, estrutura, materiais disponíveis e horário do curso. Na quinta parte far-se-á referência ao modo de avaliação da aprendizagem dos formandos e do curso, quer pelos formandos, quer pelos formadores. A sexta parte indica alguns apoios confirmados para a realização deste curso e a última remete para algumas considerações finais. Encontram-se ainda como anexos, documentos fundamentais à sua concretização.

1.FUNDAMENTAÇÃO

A Família constitui o alicerce fundamental que dá suporte ao que somos e ao que fazemos ao longo de toda a nossa vida. Constitui o principal núcleo cuidador e educativo, sendo o seu papel de extrema importância no desenvolvimento harmonioso das crianças (COUNCIL OF EUROPE, 2008). No seio da dinâmica familiar, a parentalidade pode ser entendida como um processo de adaptação dos pais ao seu novo papel, pela responsabilidade de gestão nas respostas da criança, nas suas próprias respostas e da família. É porventura uma das tarefas mais desafiantes da vida adulta e é, actualmente, alvo de vários tipos de evidência científica (CRUZ, 2005).

As preocupações ligadas à realidade onde crescem e são educadas as crianças, levam a realçar a importância da existência de um ambiente harmonioso, estável e positivo, onde quer os pais, quer as próprias crianças encontrem um espaço próprio e sejam amados e reconhecidos. Neste contexto, torna-se necessária uma nova atitude no relacionamento dos pais com as suas crianças, bem como novas exigências no exercício das responsabilidades parentais; uma atitude que reconheça a criança como pessoa que tem necessidades e opiniões, que a estruture e responsabilize e que a valorize, ajudando-a a adquirir auto-estima, promovendo o seu bem-estar.

Posto isto, um novo conceito emerge…a **Parentalidade Positiva** (**Anexo 1**). Segundo o COUNCIL OF EUROPE (2008, p.144), pode ser definido como "um *comportamento parental baseado no* ***Superior Interesse da Criança****; fundado no respeito pelos seus direitos, que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas, através da protecção dos riscos e da criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia*". Os diferentes Princípios e Recomendações da Parentalidade Positiva são baseados na Convenção dos Direitos da Criança (1988) e noutros documentos oficiais nacionais e internacionais que conferem uma enorme responsabilidade à protecção, respeito pela criança e importância de um ambiente familiar acolhedor, seguro, de empenho mútuo por parte de todos os membros. Ambos traduzem medidas e políticas de apoio parental, a que os profissionais que lidam directamente com crianças e seus pais não podem ficar indiferentes.

Numa perspectiva de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o alvo dos cuidados corresponde à criança e família, com vista a uma promoção e envolvimento nas tomadas de decisão, baseada numa parceria entre criança, família e enfermeiro (CASEY, 1993). Assim, o *"empowerment"* (capacitação) da família (COUNCIL OF EUROPE, 2008, p.24), através da criação de oportunidades e meios adequados ao desenvolvimento das suas competências parentais, bem como a potencialização da interacção entre profissionais de saúde e famílias, como suporte/facilitação da sua intervenção no cuidados à criança, torna-se premente na promoção da saúde infantil e na prevenção da doença ou disfunções na criança.

Desta forma, urge a necessidade de programas de educação parental, que consistem num "*conjunto de actividades educativas e de suporte que ajudam os pais a compreenderem as suas*

próprias necessidades sociais, emocionais, psicológicas e físicas, bem como as dos seus filhos, aumentando a qualidade das relações entre eles" (PUGH et al citado pela Associação para a Igualdade e Direitos dos Filhos, 2010, p. 2), sendo uma importante chave para a preservação familiar. O enfermeiro deve ter como actuação prioritária a estimulação e valorização do papel dos pais, aumentando os seus conhecimentos e potenciando as suas capacidades, para o harmonioso desempenho das suas funções como principais cuidadores e educadores dos seus filhos. Em todo este processo, o enfermeiro deverá ser tido como educador, parceiro, facilitador, conselheiro, dinamizador inserido num grupo que mutuamente cresce…e, acima de tudo, será representante e defensor máximo dos Direitos da criança e família ao mais alto nível de saúde e Desenvolvimento, previsto pela OMS (1986).

1.1.DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

O *curso para Pais - Pelo Superior Interesse da Criança,* enquadra-se nas premissas supracitadas e nasceu de uma necessidade sentida por parte das enfermeiras responsáveis pelo Programa de Saúde Infantil da USF Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras. Esta necessidade prende-se com as limitações temporais das consultas de Enfermagem, que impedem o desenvolvimento dos diferentes temas de saúde infantil, recomendados no Programa -Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil elaborado pela DGS (PORTUGAL, 2005), necessários ao apoio e capacitação dos pais no cuidado à criança, sobretudo no 1º. ano de vida, que tal como refere BRAZELTON (2009), constitui um ponto de referência para a vida futura.

Ainda, segundo a Coordenadora de Enfermagem da USF Gama e as Enfermeiras Responsáveis pelo Programa de Saúde Materna, faz todo o sentido incluir no curso os *casais grávidos* a partir do 2º. trimestre da gravidez, o que vai ao encontro de BERMAN (2006), quando aponta as necessidades de aprendizagem nesta etapa da gravidez relacionadas com os cuidados ao bebé.

Como forma de adequar o plano do curso às necessidades da população a que se destina, foram aplicados questionários de diagnóstico de necessidades de aprendizagem e opiniões sobre a sua pertinência, a *casais grávidos* a partir do 2º. trimestre da gravidez e pais de crianças no 1º. ano de vida, seguidos nas Consultas de Saúde Infantil e Saúde Materna. Numa primeira fase, foi efectuado um pedido (**Anexo 2**) dirigido ao Coordenador da USF Gama, para aplicação dos questionários (**Anexo 3**); posteriormente foi realizado um pré-teste a um *casal grávido* e a outro casal, pais de uma criança no 1º. ano de vida; por último, foram enviados via postal, os questionários para a amostra seleccionada. Após a sua aplicação e recolha até à data limite, obtiveram-se os resultados, tratados estatisticamente no Programa *Excel da Microsoft Windows 2007* e devidamente discutidos no **Anexo 4**.

O *Curso para pais - Pelo Superior Interesse da Criança*, consiste num programa de educação parental, que prevê a formação em grupo, onde a partilha de experiências, receios e sentimentos por parte dos *casais grávidos* e pais de crianças, poderá constituir uma mais valia no suporte ao exercício da Parentalidade Positiva, obtendo-se maior número de ganhos em saúde, que advêm do ensino, do treino, e da partilha de informação, como formas de desenvolver competências parentais.

2.DEFINIÇÃO DA POLÍTICA DE FORMAÇÃO

Objectivos

✹ Promover um espaço de reflexão em grupo, com consequente partilha e esclarecimento de dúvidas, receios, sentimentos e expectativas por parte dos *casais grávidos* a partir do 2º. trimestre da gravidez e pais de crianças no 1º. ano de vida;
✹ Promover o "*empowerment"* em matéria de competências parentais positivas a *casais grávidos* a partir do 2º. trimestre da gravidez e pais de crianças no 1º. ano de vida;
✹ Fomentar um ambiente de auto-estima, optimismo, segurança, afecto e bem-estar na relação pais-filhos, antes e depois do nascimento.

Resultado Esperado

✹ Pretende-se fornecer aos destinatários, ferramentas necessárias ao exercício da Parentalidade Positiva, estimulando e reforçando a importância do seu papel fundamental no Superior Interesse da Criança;
✹Pretende-se incutir a vivência da parentalidade de forma positiva, calma e tranquila na família, fornecendo aos pais mecanismos de adaptação face ás dificuldades que esta fase da vida possa gerar.

Estratégia de Intervenção

O curso será ministrado, de forma gratuita e livre, a *casais grávidos* a partir do 2º. trimestre da gravidez e a pais de crianças no 1º. ano de vida, que frequentem as Consultas de Enfermagem de Saúde Materna e Infantil da USF Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras.

A frequência do curso pressupõe a leitura de um folheto informativo (**Anexo 5**) e o preenchimento da ficha de inscrição nele inserida. Este folheto será entregue nas consultas de Enfermagem de Saúde Materna e Saúde Infantil, com a indicação da data de início de cada curso. Será ainda afixada esta mesma data no poster informativo (**Anexo 6**) afixado na sala de espera da Ala verde da USF Gama.

A ficha de inscrição devolvida à equipa de Enfermagem de Saúde Materna e Saúde Infantil ou entregue no secretariado da USF, será posteriormente analisada pelas enfermeiras responsáveis dos referidos programas, tendo em conta o processo de família e, segundo os seguintes **critérios de prioridade**:

- Presença de indicadores de risco identificados nas consultas de Saúde Infantil (de acordo com a tabela utilizada);
- Compromisso de frequência de todas as sessões assinalado na ficha de inscrição;

- Casais Primíparos;
- *Casais grávidos* e Pais de crianças até aos 6 meses;
- Ordem de entrega das fichas de inscrição até 15 dias antes de cada curso.

Após a recepção, análise das fichas de inscrição e formação dos grupos, os casais serão contactados pela equipa dinamizadora ou pelo secretariado da USF.

3.CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

Destinatários

✹ *Casais grávidos* a partir do 2º. trimestre da gravidez, seguidos na Consulta de Saúde Materna da USF Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras;
✹ Pais de crianças no 1º. ano de vida, seguidas na Consulta de Saúde Infantil da USF Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras.

Os grupos deverão ser constituídos por um mínimo de 5 e um máximo de 10 casais.

Equipa dinamizadora/formadora

Enfermeiras responsáveis pelo Programa de Saúde Infantil da USF Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras, juntamente com outros profissionais, sempre que possível e oportuno.

Local da acção

O curso será realizado nas instalações da sede do Centro de Saúde de Torres Vedras – sala de reuniões.

Recursos Didácticos

✹ Computador com leitor de CD/DVD
✹ Vídeo e Televisão
✹ Videoprojector
✹ Quadro e marcadores

4.PROGRAMA DA ACÇÃO

Metodologia

Serão utilizadas metodologias activas, expositivas, demonstrativas e interrogativas, com recurso a exercícios de quebra-gelo inicial, jogos pedagógicos, *brainstorming* de ideias e reflexões de grupo.

Serão ministradas 10 sessões de carácter teórico-prático, com a duração de 2 horas cada uma delas, onde constam exposições teóricas com recurso a *power point*, apresentações de filmes/DVD sobre parentalidade e Parentalidade Positiva e, dinâmicas de grupo sobre as temáticas abordadas.

As sessões decorrerão ao longo do ano, nos meses de Outubro a Maio, com a periodicidade quinzenal ou mensal, de acordo com disponibilidade dos formadores.

Modalidade

O curso é presencial, não sendo aplicado regime de faltas, no entanto, os pais serão sensibilizados para o facto de que só serão aceites como justificação de faltas, motivos de força maior. Em cada sessão, os formandos deverão assinar uma folha de presenças (**Anexo 7**).

A ficha de inscrição contém um espaço, onde os destinatários devem assinalar o seu compromisso na frequência de todas as sessões do curso.

A frequência do curso deve ser feita preferencialmente por ambos os pais, sendo aberto a famílias monoparentais. Ainda, se existir a impossibilidade de participação de um dos elementos do casal, podem ser incluídos outros elementos cuidadores próximos da criança, tais como os avós.

De acordo com a definição de Parentalidade adoptada e descrita no anexo 1, e em situações específicas, podem ainda incluir-se outras pessoas titulares da autoridade e da responsabilidade parental.

Estrutura do Curso

Cada sessão será ministrada pelo(s) formador(es) deliberado(s) pela equipa, de acordo com a sua experiência e formação nas diferentes áreas temáticas. A realização do plano de sessão será da sua responsabilidade, de acordo com o modelo (**Anexo 8**).

SESSÃO NR. 1– *OLÁ…PARA NASCER, CRESCER E VIVER…PRECISO DE VÓS!*

Carga Horária: 2h

Conteúdos:

- Apresentação do curso (objectivos, estrutura e programa, metodologias, avaliação);

- Apresentação da equipa formadora (dados pessoais e profissionais, experiências pessoais e/ou profissionais de parentalidade, motivo de ser formadora, expectativas do curso para o formador);

- Apresentação dos formandos (nome próprio, nome do (s) bebé (s), razão da sua participação no curso, partilha de experiências, dúvidas e sentimentos relacionados com a gravidez/parentalidade e expectativas do curso);

- Conceito e Princípios da Parentalidade Positiva; adaptação ao Papel Parental (direitos e deveres), Recursos Pessoais e Sociais de Apoio à Parentalidade.

SESSÃO NR. 2 – *RESPEITEM-ME COMO SOU…*

Carga Horária: 2h

Conteúdos:

- Direitos e Necessidades da Criança;

- Características do Desenvolvimento emocional no 1º. ano de vida/Tipos de Temperamento da criança;

- Estilos Parentais;

- Estratégias Parentais de interacção, relacionamento e estimulação do desenvolvimento emocional (compromisso de afecto, valorização da auto-estima, autonomia, confiança mútua).

SESSÃO NR.3 – *EDUQUEM-ME…PARA SER UM BOM CIDADÃO DO MUNDO!*

Carga Horária: 1h30m

Conteúdos:

- Características do Desenvolvimento Psicossocial no 1º. ano de vida (socialização, reacções de ansiedade a estranhos; de ansiedade da separação; rivalidade/ciúmes entre irmãos; adaptação às creches/amas; importância do brincar);

- Características do Desenvolvimento Moral no 1º. ano de vida

- Estratégias Parentais na estimulação do desenvolvimento psicossocial e moral (disciplina positiva, orientação e instrução).

SESSÃO NR. 4 – *COMPREENDAM AS MINHAS CAPACIDADES…*

Carga Horária: 2h

Conteúdos:
- Características do Desenvolvimento Motor grosso e fino no 1º. ano de vida;
- Características do Desenvolvimento Cognitivo no 1º. ano de vida;
- Características do Desenvolvimento da Linguagem no 1º. ano de vida;
- Características do Desenvolvimento Sensorial no 1º. ano de vida;
- Estratégias Parentais de estimulação do desenvolvimento motor, cognitivo, da linguagem e sensorial.

SESSÃO NR. 5 – *ALIMENTEM-ME…PARA SER GRANDE E FORTE!*

Carga Horária: 2h

Conteúdos:
- Amamentação (vantagens, técnicas utilizadas, problemas associados e estratégias de resolução);
- Aleitamento artificial;
- Introdução de novos alimentos;
- Práticas alimentares saudáveis.

SESSÃO NR. 6 – *QUEIRAM-ME…SEMPRE LIMPINHO E CONFORTÁVEL!*

Carga Horária: 2h

Conteúdos:
- Cuidados de higiene ao recém-nascido (antes, durante e após o banho);
- Roupa e calçado adequado;
- Características de um ambiente físico de conforto;
- Hábitos de sono, rituais de adormecimento, posição de deitar, problemas associados ao sono;
- Cuidados de higiene oral;
- Benefícios e técnicas de Massagem Infantil.

SESSÃO NR.7 – *PROTEJAM-ME…DOS ACIDENTES QUE POSSO TER!*

Carga Horária: 2h

Conteúdos:

- Sensibilização dos cuidadores sobre dados epidemiológicos de acidentes na infância/importância de um ambiente seguro;
- Tipos de Acidentes mais comuns no 1º. ano de vida;
- Medidas de prevenção de acidentes,
- Dispositivos de segurança existentes;
- Recursos em caso de acidente.

SESSÃO NR.8 – *CUIDEM DE MIM…PORQUE NÃO QUERO ESTAR DOENTE!*

Carga Horária: 2h

Conteúdos:

- Importância da vigilância de saúde e cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (vacinas existentes e principais reacções);
- Sinais e Sintomas mais comuns na Infância (febre, vómitos, diarreia aguda, Síndrome Dificuldade Respiratória) e 1ºs. cuidados associados;
- Cuidados relacionados com as diferentes épocas sazonais (cuidados com o sol, com o frio e chuva);
- Serviços de saúde existentes e critérios de recurso;
- Noções Básicas de Primeiros Socorros.

SESSÃO NR. 9 - *LEMBREM-SE DE MIM, DE VÓS…QUANDO A VIDA CORRE A 1000Km/h*

Carga Horária: 2h

Conteúdos:

- Dificuldades do papel parental;
- Gerir a parentalidade, conjugalidade e vida profissional;
- Importância de cuidar de si próprio;
- Valorização do papel parental/exemplos positivos.

SESSÃO NR. 10 – *POR MIM, POR VÓS, POR NÓS TODOS JUNTOS…OBRIGADO!*

Carga Horária: 2h

Conteúdos:

- Avaliação do curso e da aprendizagem;
- Reflexão final (construção de um *"currículo familiar"*);
- Entrega de ofertas e diploma de curso;
- Jantar convívio (equipa formadora, participantes e filhos).

Materiais disponíveis

✹ Folhas de papel e canetas fornecidos pelos formadores;
✹ Lista de bibliografia de referência sobre as diferentes temáticas, fornecida pelos formadores;
✹ Vídeos e DVD alusivos às temáticas;
✹Materiais necessários a uma melhor compreensão das diferentes temáticas;

Ao longo das diferentes sessões e de acordo com a temática abordada, serão oferecidas amostras de produtos de puericultura, fornecidas pelos laboratórios que apoiam o curso e, de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Serão ainda distribuídos folhetos informativos alusivos às diferentes temáticas, elaborados pela USF Gama e UCF Oeste.

No final do curso será atribuído um diploma de curso (**Anexo 9**) aos participantes que frequentem pelo menos 80% das sessões.

Horário

O curso decorrerá às 3ª.s feiras das 18:00 às 20:00, com periodicidade mensal ou quinzenal, consoante a disponibilidade dos formadores. No entanto, este horário pode ser ajustado, sempre que se justifique, em concordância com a equipa formadora.

5.AVALIAÇÃO

Avaliação da Aprendizagem

Este curso pressupõe **três modalidades de avaliação** dos formandos:

A **avaliação diagnóstica**, realizada na primeira sessão e mediante a aplicação de um questionário de avaliação inicial (**Anexo 10**), de onde se apuram dúvidas e sentimentos dos casais face à experiência da gravidez e parentalidade, bem como expectativas face ao curso. No intervalo da primeira para a segunda sessão, os dados dos questionários deverão ser trabalhados pela equipa, de forma a constituírem um importante fio condutor de todas as sessões.

A **avaliação formativa** é contínua e destina-se a acompanhar o progresso dos casais, quer ao nível da participação na exposição teórica, quer na realização dos trabalhos propostos. É realizada informalmente e com base na observação e diálogo interactivo e informal entre o grupo.

A **avaliação sumativa** será realizada na última sessão do curso, mediante a aplicação de um questionário de avaliação final (**Anexo 11**), onde se apuram dúvidas residuais, sentimentos presentes após o curso, bem como a adequação do mesmo às expectativas iniciais dos casais e contributos para a vida futura familiar.

Os dados dos questionários deverão ser trabalhados pela equipa após a realização do curso, tendo como grande objectivo a aquisição de ganhos em saúde traduzidos na transição de conhecimentos não demonstrados a demonstrados, nas Considerações Diagnósticas do Resumo Mínimo de Dados referentes ao Papel Parental, em aplicação no SAPE. No que se refere às dúvidas residuais, estas poderão ser esclarecidas de forma personalizada nas Consultas de Enfermagem, de forma articulada com o curso.

Avaliação da Formação

Avaliação pelos formandos, com base num questionário estruturado (**Anexo 12**), assinalando o grau de satisfação global do curso, referente:

- Ao programa de formação (objectivos, conteúdos, metodologia, carga horária);
- Aos recursos didácticos (documentos e material de apoio);
- Às condições físicas da sala de reuniões;
- À intervenção da equipa dinamizadora/formadora (motivação, participação e interacção, disponibilidade, domínio cognitivo, gestão do tempo, criatividade);

Será ainda reservado um espaço para *Comentários*/*Sugestões*, no que se refere a aspectos a manter e/ou melhorar em cursos futuros.

Avaliação pela equipa dinamizadora/formadora, com base:

✹ Num discurso informal e individual dirigido aos formandos, no final de cada curso, referente às dificuldades pessoais sentidas na concretização dos objectivos do curso;
✹ Numa reunião entre a equipa dinamizadora, após o término de cada curso, para serem analisados os questionários de avaliação da formação preenchidos pelos formandos e, discutidas as sugestões, no planeamento dos cursos seguintes.

6.APOIOS

Bayer®
Chicco®
Nutribén ®
Sanofi – Pasteur ®
Uriage®

Os contactos dos delegados apresentados encontram-se disponíveis na listagem da equipa de Enfermagem de Saúde Infantil.

7.CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar a criança, implica cuidar os seus pais…Por eles, para eles e com eles, a profissão de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica faz sentido. Desta forma, cabe a cada um de nós, enfermeiros, manter-nos no trilho da qualidade, da essência do relacionamento entre família e profissionais e no seio de toda a equipa multidisciplinar… dando a conhecer e fomentar não só por palavras, mas também por atitudes e pequenos gestos, a diferença que a prática da nossa profissão pode fazer!

Promover o amor, o cuidar, o educar, não são tarefas fáceis… não se pretendem incutir modelos e receitas de actuação nos pais, mas sim compreendê-los, encorajá-los a descobrir, realçar e aceitar as particularidades de cada um, sempre numa perspectiva positiva de saúde. Faço votos para que este curso seja mais uma forma de visibilidade de toda a prática de enfermagem, desafiante, esforçada, dedicada e com certeza…brilhante!!!

8.REFERÊNCIAS

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO. **Considerações Diagnósticas - Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem**. Lisboa. 2010. 42p.

BERMAN, R. - Perceived Learning Needs of Minority Expectant Women and Barriers to Prenatal Education. **The Journal of Perinatal Education**. 2006;15 (2):p.36-42.

BRAZELTON, T. Berry – **O Grande Livro da Criança. O Desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. Editorial Presença. Queluz de Baixo. Maio 2009. 11ª. ed. 535 p.

CASEY, Anne – Partnership nursing: influences on involument of informal cares. **Journal of Advanced Nursing.** Blackwell Science Ltd. N.º22 (1993). p. 108-198.

CONHECER MAIS – **Formação Pedagógica Inicial de Formadores - Manual do Formando.** Torres Vedras. 2007. 89p.

COUNCIL OF EUROPE – **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach**. Strasbourg. April 2008. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5.175 p.

CRUZ, Orlanda – **Parentalidade**. 1ª. ed. Coimbra: Quarteto. 2005. ISBN 989-558-054-1. 261p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Carta de Ottawa**.1986 [consultado em 10-06-2010]. Disponível em www.opas.org.br/colectiva/uploadArq/Ottawa.pdf.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. **Saúde Infantil e Juvenil - Programa – Tipo de Actuação**. 2ª.ed.. Lisboa. 2005. 21p.

PUGH [et al] *in*: **Associação para a Igualdade e Direitos dos Filhos** [consultado em 1-04-2010]. Disponível em www.asidf.com/note.php?note_id=3053018772602010.

ANEXOS

Anexo 1

Por uma Parentalidade Positiva – Guia para Profissionais

Por uma Parentalidade Positiva

GUIA PARA PROFISSIONAIS



Elaborado por:

Sónia Patrício – Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Enfermeira Orientadora: Emília Soveral

Professora Orientadora: Elisabete Nunes

Torres Vedras

Junho 2010

SUMÁRIO

	Página
1. PRINCIPAIS CONCEITOS	3
2. FUNDAMENTAÇÃO	4
3. REFERENCIAIS NA CONSTRUÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA PARENTALIDADE POSITIVA	9
4. PRINCÍPIOS PARA UMA PARENTALIDADE POSITIVA	12
5. RECOMENDAÇÕES PARA UMA PARENTALIDADE POSITIVA	13
6. BIBLIOGRAFIA	15
7. REFERÊNCIAS	17

1. PRINCIPAIS CONCEITOS (COUNCIL OF EUROPE, 2008, p.144)

Crianças *– designa crianças e jovens até aos 18 anos de idade*;

Pais *– designa pai e/ou mãe, bem como outras pessoas titulares da autoridade e da responsabilidade parental*;

Papel Parental *– é um tipo de interacção de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente* (ICN, 2005, p.68).

Parentalidade *– integra o conjunto de funções atribuídas aos pais para cuidar e educar as suas crianças. A Parentalidade centra-se na relação pais – filhos e integra direitos e deveres para o desenvolvimento e auto-valorização das crianças*;

Parentalidade Positiva *– refere-se a um comportamento parental fundado no respeito pelos direitos da criança, que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas, através da protecção dos riscos e da criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia.*

Assim, define-se como conteúdo da Parentalidade Positiva:

- *Comportamento parental baseado no Superior Interesse das Crianças*;

- *Parentalidade orientada para um desenvolvimento integral e equilibrado das crianças, proporcionando-lhes todos os instrumentos necessários, no sentido de que estas se venham a tornar adultos socialmente integrados e responsáveis*;

- *Comportamento parental afectuoso e não violento, proporcionando um apoio adequado às crianças e o reconhecimento do seu valor, das suas capacidades e das suas necessidades*;

- *Criação de metas, orientações e objectivos conducentes a potenciar o pleno desenvolvimento da criança, estimulando e maximizando todas as suas aptidões e capacidades;*

2. FUNDAMENTAÇÃO (COUNCIL OF EUROPE, 2008)

☼ A família é considerada como o principal contexto educativo, de experimentação e de reforço da coesão social. Desta forma, contribui de forma decisiva, para o desenvolvimento das crianças e para a sua socialização.

☼ As famílias continuam a ter o papel de transmitir valores e comportamentos, caracterizando-se como um espaço de segurança e protecção para os seus elementos.

☼ As famílias não dependem apenas de factores internos, mas também da influência do contexto social, económico e cultural. O ambiente familiar de educação é o mais adequado para possibilitar o desenvolvimento dos aspectos pessoais dos indivíduos, sem esquecer que vivem num meio social com uma série de requisitos, limitações e normas.

☼ Na Infância, é decisivo o modo como nos dão o que esperamos. Toda e qualquer criança espera a satisfação das suas necessidades físicas e psicológicas, de uma relação com alguém em quem tenha confiança, que lhe proporcione um ambiente seguro, saudável e adequado ao seu nível de desenvolvimento, bem como de oportunidades para interagir com outras crianças e de liberdade para explorar os seus sentidos.

☼ A experiência do jogo e da actividade física é uma excelente forma de perceber a relação entre ordem e desordem, organização e caos e, equilíbrio e desequilíbrio entre os diversos sistemas biológicos e sociais. A criança necessita da oportunidade e liberdade para exprimir a sua motivação intrínseca, explorar o seu envolvimento físico e social sem constrangimentos, quer investigando, quer testando, quer afirmando experiências e possibilidades de acção.

☼ Não obstante as mudanças sociais, ocasionando alterações progressivas de estilos de vida e formas de representação do mundo, independentemente da manipulação ou do controlo exercido sobre o jogo na criança, esta brincará sempre que for possível, independentemente dos obstáculos espaciais e temporais. Assim, torna-se urgente na sociedade projectada para reabilitar as crianças e jovens, uma "*cultura de rua com segurança*" e sem agendas excessivamente carregadas.

☼ Os posicionamentos do adulto e das instituições educativas vocacionadas para a delimitação de uma estimulação organizada, tendem a ordenar os comportamentos, os valores e as atitudes das crianças como se elas necessitassem de ser moldadas exclusivamente ao sistema.

☼ Existe a necessidade do desenvolvimento de uma política global e específica para a infância que considere a criança como um actor social. No entanto, o reconhecimento às crianças do estatuto de actores sociais só faz sentido se se fizer acompanhar da auscultação da sua voz e da valorização da sua capacidade de atribuição de sentido, quer às suas acções, quer aos

seus contextos de vida, ainda que expressos com características específicas do seu desenvolvimento.

☼ Existe a necessidade de uma maior coordenação das diferentes valências técnicas, tendo em vista o real bem-estar das crianças e a criação de condições que permitam um maior acompanhamento por parte dos pais.

☼ O mau trato de crianças é quinze vezes mais provável em famílias em que a violência doméstica está presente. As crianças que testemunham situações de violência doméstica entre os pais, têm uma probabilidade de se tornarem adultos maltratantes três vezes superior à das crianças que não assistem regularmente a estas situações.

☼ O abuso emocional, a agressão física, a intoxicação, o abuso sexual, o trabalho abusivo, a ausência de cuidados básicos, a ausência de guarda, o abandono, o mau trato *in* útero e a violenta manipulação afectiva de emoções, são formas de abuso e de maus tratos contra as crianças, perpetrados pela família.

☼ A turbulência dos processos de ruptura e de reconstrução conjugais parece criar um terreno propício à emergência de situações de risco, como sejam, situações de abuso emocional, abuso sexual, agressão física, trabalho abusivo e de ausência de guarda.

☼ A família e os seus membros não só servem de modelo de comportamento, como também são os que marcam os padrões de relação e configuram a primeira visão do mundo para a criança, sendo que, muito frequentemente, as características da sua evolução posterior na escola, nas relações sociais e afectivas, inclusivamente na sua vida com adultos, explicam-se pelas vivências familiares e pelo sentido da relação estabelecida, sobretudo com os pais.

☼ O mito da "*família idealizada*", sustentado pela ideologia romântica, leva-nos a pensá-la como o lugar dos afectos e da expressividade. Esta idealização associada a outros mitos é, em parte, responsável por negligenciarmos a gravidade da violência doméstica, considerando-a muitas vezes, como uma componente necessária à educação dos filhos, ao relacionamento conjugal e a certas interacções familiares.

☼ É necessário educar no respeito e afecto, transmitir valores, falar com as crianças, ouvi-las, ensiná-las a aceitar as frustrações, impor limites e exercer a autoridade sem medo.

☼ As crianças aprendem melhor quando o ambiente familiar promove os padrões de vida familiar adequados - um "*currículo familiar*" positivo que promova na criança as atitudes, os hábitos e as competências necessárias para aproveitar ao máximo o que o professor ensina.

☼ As crianças beneficiam das relações pais-filhos que se caracterizam por uma linguagem rica e que são baseadas no apoio emocional.

☼ O estabelecimento de uma relação afectiva positiva com alguém é indispensável para que as crianças se desenvolvam intelectual, emocional, motivacional, social, moral e fisicamente.

☼ O afecto flui entre as pessoas, dá-se e recebe-se; proporcionar afecto requer esforço; o afecto é essencial para a espécie humana, em especial na infância e na doença; em suma, o afecto é a necessidade que todos os organismos sociais têm de receber ajuda e colaboração dos seus congéneres para que possam sobreviver.

☼ Os programas para ensinar os pais a melhorar o ambiente familiar, de forma a beneficiarem a aprendizagem dos seus filhos, produzem resultados importantes.

☼ Actualmente poderemos estar perante uma transferência progressiva, indesejável e alarmante para a escola, das responsabilidades educativas que pertencem à família; a educação de infância é cada vez mais valorizada como forma de superar as carências do meio familiar.

☼ É imperativo o envolvimento de todos os actores da educação, na igualdade e na não discriminação.

☼ As políticas e legislação sobre a família são frequentemente inadequadas aos novos tipos de família, como sejam as famílias monoparentais ou as famílias separadas.

☼ É necessário redefinir a família e o casal, com uma abordagem mais flexível e tolerante, mais adequada à realidade social presente.

☼ Estamos hoje perante uma vivência da paternidade mais efectiva e afectiva, sendo que os jovens pais, ainda que com especificidades decorrentes de diferentes posições socioeconómicas e idades, demonstram uma vontade de estarem presentes e de acompanharem o crescimento dos filhos, tendo um forte envolvimento emocional com eles.

☼ Alguns dos constrangimentos à participação dos homens na vida familiar não nascem necessariamente da sua vontade, localizando-se nos efeitos de género que actuam nos próprios contextos profissionais (ex: é-lhes pedido para cumprirem um horário bastante preenchido no início da carreira profissional; são considerados pela entidade patronal como homens sem família e com possibilidades de dedicação ilimitada à empresa), constituindo impedimentos à sua maior participação em casa.

☼ O futuro da Humanidade passará naturalmente por uma aproximação e construção óbvia de uma cultura de tempos livres, baseada na conciliação entre vida profissional, familiar e pessoal.

☼ A noção de paternidade vinculada a um determinismo biológico e uma noção de maternidade adstrita a elementos de caracterização moral e psicológica da progenitora, estão hoje completamente desajustados.

☼ A Carta Social Europeia do Conselho da Europa, consagra que as famílias têm direito a uma protecção social, jurídica e económica para que se possam desenvolver plenamente.

☼ No direito internacional, desde a Declaração dos Direitos da Criança em 1959, o interesse do menor tornou-se no princípio fundamental, no qual se inspiraram as legislações nacionais, encontrando este princípio um posterior alargamento do âmbito da sua aplicação com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança de 1989.

☼ Nos próprios termos da Constituição da República Portuguesa, o Estado deve promover, fomentar e incentivar o desenvolvimento de uma política que proteja e valorize as famílias e que possibilite a realização pessoal dos seus membros, baseada no respeito pela sua identidade e autonomia.

☼ A parentalidade é porventura a tarefa mais desafiante da vida adulta e os pais constituem uma das influências mais cruciais das vidas das suas crianças, estando os seus componentes ou sejam, os comportamentos, as cognições e os afectos filiais, intrinsecamente ligados entre si.

☼ A parentalidade positiva confere uma enorme responsabilidade no respeito pela dignidade e direitos das crianças, cabendo aos pais assegurar um ambiente familiar acolhedor, seguro, de responsabilidade e de empenho mútuo por parte de todos os membros da família, bem como de aprendizagem positiva e de disponibilidade para com a criança. Para tal, devem utilizar uma disciplina assertiva, procurar garantir as condições necessárias ao exercício da sua missão enquanto progenitores, na educação e no desenvolvimento das suas crianças.

☼ Como está consagrado na Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas, a criança tem direito ao bem-estar, à protecção, à segurança e a uma educação que respeite a sua individualidade. Neste contexto, torna-se necessária uma nova atitude no relacionamento dos pais com as suas crianças, bem como novas exigências no exercício das responsabilidades parentais; uma atitude que reconheça a criança como pessoa que tem necessidades e opiniões, que a estruture e responsabilize e que a valorize ajudando-a a adquirir auto-estima, promovendo o seu bem-estar.

☼ Esta Convenção dos Direitos da Criança, da mesma forma que impõe obrigações aos pais, estabelece os deveres por parte dos poderes públicos e da comunidade no apoio às famílias.

☼ Existe um crescente interesse, a nível da União Europeia, pelas políticas de apoio à criança e às famílias, bem como uma maior disposição para um envolvimento institucional em áreas tradicionalmente encaradas como pertencentes ao domínio privado dos indivíduos. Esse interesse abrange a promoção de programas que criem condições de inclusão para as crianças e suas famílias e, ainda, o desenvolvimento de medidas promotoras de uma parentalidade positiva.

☼ Este clima de mudança foi potenciado pela persistência de níveis inaceitáveis de pobreza infantil na Europa e pela preocupação em quebrar o ciclo de pobreza entre gerações.

☼ O Conselho da Europa promoveu a Conferência de Estrasburgo intitulada *"Changes in Parenting: Children Today, Parents Tomorrow"*, em 11 de Maio de 2006, que teve nova edição em Lisboa, de 15 a 17 de Maio de 2006 e cuja lógica reside na ideia de promover uma Europa amiga das famílias e orientada para as crianças. Esta Conferência adoptou como um dos objectivos principais, a promoção do desenvolvimento da parentalidade positiva, ou seja, o desenvolvimento de relações positivas entre pais e as crianças, a fim de optimizar todo o potencial de crescimento de uma criança.

☼ No campo da Parentalidade Positiva, o Conselho da Europa considerou que uma educação não violenta é uma verdadeira questão dos Direitos do Homem, entendendo como essencial que os Estados garantam os Direitos das Crianças enquanto indivíduos, redefinindo não só o lugar das crianças na sociedade, como a própria relação entre pais e filhos. Assim, foi acordado que o conceito de parentalidade positiva engloba a necessidade de abolição dos castigos corporais e a protecção contra todas as formas de violência, incluindo o abuso de crianças no seio das próprias famílias. Salienta ainda que não só os Estados têm responsabilidade neste domínio, mas que igualmente recaem responsabilidades sobre as próprias famílias e todos os membros da comunidade.

☼ O reconhecimento legal de uma relação de filiação constitui-se como o primeiro passo para estabelecer os direitos das crianças e as responsabilidades dos pais, que vão muito além dos aspectos básicos, nomeadamente, o de proporcionar um ambiente de crescimento afectuoso, seguro, estimulante e moralmente adequado, de modo a criar cidadãos responsáveis, num quadro de valores e de princípios adequados, sendo esta responsabilidade repartida por ambos os pais.

☼ Sabendo que constituem aspectos protectores, aqueles que tornam as famílias menos vulneráveis, promovendo a qualidade de vida dos seus membros, os pais devem assegurar factores protectores individuais, familiares e sociais de suporte, como sejam:

Factores Protectores Individuais:

- Actividade física
- Auto-confiança
- Boas competências de comunicação
- Boas competências de resolução de problemas
- Desenvolvimento sensório-motor e de linguagem adequados
- Adequada compreensão e boas competências verbais, de escrita e de leitura
- Capacidade de captar a atenção de quem cuida
- Flexibilidade
- Capacidade de gerir as emoções

- Procura de contacto

Factores Protectores Familiares:

- Adequado estabelecimento de regras e estruturação
- Comunicação franca e aberta
- Ampla atenção do prestador de cuidados no primeiro ano de vida
- Coesão familiar
- Ausência de conflito parental
- Pais confiantes e positivos
- Bom relacionamento com a família alargada
- Meio familiar apoiante, securizante e protector

Factores Protectores Sociais de Suporte:

- Adulto próximo com quem partilhar experiências
- Companheiros e amigos que dêem apoio
- Bons cuidados prestados por terceiros (Instituições, escola, etc.)
- Dedicação a uma causa
- Integração religiosa, cultural, social e desportiva
- Figura de suporte e modelo de identificação
- Fontes informais de suporte (professores, vizinhos, religiosos, entre outros)
- Reconhecimento positivo das suas actividades
- Ambiente social seguro

Considerando que na Recomendação do Conselho da Europa de 13/12/006 sobre Parentalidade Positiva, propõe-se o reconhecimento das responsabilidades parentais e a necessidade de proporcionar aos pais o suporte adequado para que estes as possam cumprir plenamente.

3. REFERENCIAIS NA CONSTRUÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA PARENTALIDADE POSITIVA

(COUNCIL OF EUROPE, 2008)

- Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança ratificada por Portugal e cujos princípios base devem guiar a educação das crianças.

- Convenção para a Protecção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais do Conselho da Europa (nº.5), que protege os direitos de todos os Seres Humanos, incluindo os das crianças.

- Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000), onde se reconhece expressamente os direitos da criança.

- Constituição da República Portuguesa (artigos 16º., 36º. e 67º. a 70º.).

- Carta Social Europeia (nº.35) e a Carta Social Europeia revista (nº. 163), que estabelece, no seu artigo 16º., que *"a Família enquanto célula fundamental da Sociedade tem direito à protecção social, jurídica e económica apropriada para garantir o seu pleno desenvolvimento".*

- Convenção Europeia sobre o Exercício dos Direitos das Crianças (nº. 160).

- Convenção sobre Relações Pessoais relativas às crianças (nº. 192).

- *Children´s Environment and Health Action Plan for Europe* (CEHAPE), plano de acção europeu sobre ambiente e saúde para as crianças, adoptado em 2004 na IV Conferência de Ministros do Ambiente e da Saúde.

- Recomendações do Comité de Ministros do Conselho da Europa aos Estados Membros:

Recomendação R (84) 4 relativa ás responsabilidades parentais;

Recomendação R (85) 4 sobre a violência na família;

Recomendação R (87) 6 sobre famílias de acolhimento;

Recomendações R (94) 14 sobre políticas de família coerentes e integradas;

Recomendação R (96) 5 sobre os meios de assegurar e de promover a saúde das famílias monoparentais;

Recomendação R (98) 4 sobre a participação das crianças na vida familiar e social;

Recomendação Rec (2005) 5 relativa aos direitos das crianças que vivem em instituições;

Recomendação Rec (2006) 5 sobre o Plano de Acção da Europa para a promoção dos direitos e da plena participação das pessoas com deficiência na Sociedade: melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência na Europa 2006-2015;

Recomendação Rec (2006) 19 relativa às políticas de apoio à parentalidade positiva.

- Recomendações da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa:

Recomendação 751 (1975) relativa á situação e às responsabilidades dos pais na família moderna e o papel da sociedade neste domínio;

Recomendação 1074 (1988) relativa à política da família;

Recomendação 1121 (1990) relativa aos direitos da criança;

Recomendação 1286 (1996) seguimento da Estratégia Europeia para as crianças;

Recomendação 1443 (2000) sobre o respeito dos direitos da criança na adopção internacional;

Recomendação 1501 (2001) sobre a responsabilidade dos pais e dos professores na educação das crianças;

Recomendação 1551 (2002) – Construir no século XXI uma sociedade com e para as crianças;

Recomendação 1601 (2003) – Melhorar a qualidade de vida e reduzir o número de crianças abandonadas nas Instituições;

Recomendações 1639 (2003) sobre Mediação Familiar e Igualdade de Sexos;

Recomendação 1666 (2004) sobre a proibição dos castigos corporais nas crianças da Europa;

Recomendação 1698 (2005) relativa aos Direitos das Crianças em Instituições.

- O compromisso assumido na 3ª. Cimeira de Chefes de Estado e do Governo do Conselho da Europa (Varsóvia, Polónia - Maio 2005) de respeitar plenamente as obrigações das Convenções das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, de promoverem efectivamente estes Direitos e de adoptarem medidas especiais para erradicar todas as formas de violência sobre as crianças.

- O comunicado Final e a Declaração Política resultante da XXVIII Conferência dos Ministros Europeus responsáveis pelos assuntos da família (Lisboa, Portugal – 16 e 17 Maio 2006) onde se reconhece que a parentalidade deve ser considerada igualmente relevante no domínio das políticas públicas e que todas as medidas necessárias devem ser adoptadas para apoiar a parentalidade e criar condições ao exercício de uma parentalidade positiva, comprometendo-se a promover e prosseguir uma política comum no domínio dos assuntos familiares e dos direitos da criança no seio do Conselho da Europa.

- O Programa: "*Construir uma Europa para e com as Crianças*", lançado no Mónaco em 4 e 5 de Abril de 2006.

- As prioridades definidas pelo XVII Governo Constitucional que reconhece o contributo imprescindível das famílias para a coesão, o equilíbrio social e o desenvolvimento sustentável do nosso País e assumiu a necessidade da definição de políticas públicas de apoio às famílias e à criança assentes no princípio da primazia dos direitos humanos.

- O III Plano Nacional para a Igualdade – Cidadania e Género (2007-2010) que tem, nomeadamente por objectivos, a promoção da maternidade e da paternidade responsáveis, da conciliação entre a actividade profissional, vida familiar e pessoal, da integração da dimensão de género na formação e na qualificação profissional dos diversos agentes de educação e formação, bem como na educação formal e não formal e, a promoção de um ambiente favorável à integração da igualdade de género no domínio da administração da Justiça.

- O III Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2007-2010) que tem por objectivos, designadamente, a sensibilização das famílias sobre a necessidade de adoptarem estratégias educativas alternativas à violência, através de uma melhor comunicação intrafamiliar que facilite a adopção de novos códigos de disciplina parental.

4. PRINCÍPIOS PARA UMA PARENTALIDADE POSITIVA (COUNCIL OF EUROPE, 2008)

Partindo da premissa de que quem é pai e mãe quer o melhor para os filhos e conta com a sua intuição para os educar, enunciam-se de seguida, alguns princípios que resumem as condições necessárias ao correcto exercício das funções parentais:

1.Reconhecer todas as crianças e todos os pais como titulares de Direitos e sujeitos a obrigações;

2.Reconhecer os pais como primeiros e principais responsáveis pela criança, devendo respeitá-la de acordo com os seus Direitos. Cabe ainda ao Estado intervir para proteger a criança;

3.Reconhecer como positiva e necessária a cooperação entre os pais e outros agentes de socialização das crianças, nomeadamente o próprio Estado;

4.Assegurar que os pais e as crianças sejam envolvidos na elaboração e aplicação das políticas e medidas que lhes são destinadas;

5.Promover a igualdade de oportunidades de ambos os progenitores no exercício da parentalidade positiva, no respeito pela sua complementaridade;

6.Reconhecer a necessidade de condições de vida que permitam aos pais a sua realização pessoal e que sejam adequadas ao exercício da parentalidade positiva, nomeadamente a independência social e económica e o acesso aos bens e equipamentos de apoio às famílias;

7.Respeitar as diferentes formas de parentalidade e de situações parentais através de uma abordagem pluralista;

8.Reforçar a parentalidade positiva através de mecanismos incentivadores que aproveitem o potencial natural dos pais;

9.Conceber os mecanismos de reforço à parentalidade positiva numa perspectiva de longo prazo, de forma a garantir a sua sustentabilidade;

10.Garantir redes adequadas de apoio à parentalidade positiva com padrões de qualidade reconhecidos e imparciais e, segundo este conjunto de princípios comuns, aos diversos níveis de actuação;

11.Assegurar uma cooperação intersectorial aos diversos níveis, iniciando e coordenando neste domínio as acções dos diferentes agentes envolvidos, com o fim de aplicar uma política global e coerente;

12.Promover a cooperação internacional e facilitar a troca de conhecimentos, experiências e boas práticas em matéria de parentalidade positiva.

5. RECOMENDAÇÕES PARA UMA PARENTALIDADE POSITIVA (COUNCIL OF EUROPE, 2008)

1. ***Compromisso*** - Os pais devem comprometer-se a proporcionar cuidados e atenção regular e personalizada às suas crianças. É imprescindível que pai e mãe, no exercício activo de uma parentalidade positiva, desenvolvam uma rotina diária de interacção focalizada em cada um dos seus filhos, dado que a qualidade do tempo individual é o que lhes confere a sensação de serem especiais, valorizados interiormente e com elevada auto-estima. Estes sentimentos inserem-se num quadro de valores e princípios, conducente à construção de cidadãos socialmente válidos e responsáveis.

2. ***Disciplina Assertiva*** - Os pais devem educar as suas crianças aplicando uma disciplina assertiva, compreensiva e compassiva, sem violência de qualquer tipo, contribuindo, através deste exercício positivo da parentalidade, para que estes se tornem adultos emocionalmente saudáveis, cooperantes, sociáveis e responsáveis. Pressupõe ainda que sejam incutidas nas crianças, maneiras construtivas de lidar com o conflito humano, sem degenerar em comportamentos agressivos e violentos.

3. ***Ambiente Emocional*** - Os pais devem assegurar às suas crianças um ambiente de apreço e reconhecimento, porque são as expressões parentais do amor e do entusiasmo que fornecem a nutrição emocional, vital para o desenvolvimento saudável das crianças, nomeadamente para o desenvolvimento da auto-estima e do amor-próprio, bem como para a estimulação do desenvolvimento intelectual.

As crianças constroem a sua auto-imagem, em larga medida, a partir da percepção que têm dos sentimentos dos seus pais para com elas, pelo que o facto de os pais elogiarem e apreciarem os esforços dos filhos quando estes têm sucesso e quando falham, dá origem a um poderoso reforço do seu carácter, da auto-motivação, trazendo-lhes a alegria da satisfação.

Todas as formas de violência física e verbal, assim como a negligência, que é igualmente uma forma de violência, devem ser excluídas do exercício de uma parentalidade positiva. Estas são profundamente traumáticas para os filhos e colocam em causa o princípio fundamental de que a criança precisa de ser aceite e amada.

4. ***Ambiente Físico*** – Os pais devem promover um ambiente físico saudável e organizado, que garanta as condições de segurança e de salubridade necessárias ao desenvolvimento integral da criança, permitindo-lhe explorar, experimentar, de maneira lúdica e agradável, cada espaço, sem riscos ou perigos para a sua saúde física e mental.

O ambiente físico é representado por tudo aquilo que a criança tem ao alcance dos seus sentidos, desde os objectos que manuseia e observa, aos ruídos a que é exposta.

Assim, e para um desenvolvimento harmonioso, é importante que o meio físico favoreça a liberdade de movimento e de expressão das crianças, de forma a que elas se sintam à vontade para estudar, pesquisar, ajudar, jogar, brincar, descobrir…

5. ***Sentido de Inclusão na Família*** - É muito importante que os pais assegurem às crianças um sentido de inclusão na família, pois este sentimento de pertença permitirá às crianças exercer o direito de participação na vida familiar. Desta forma, poderão ser escutadas e é-lhes dado o direito de expressar os seus pontos de vista.

6. ***Confiança mútua*** - Pais e criança devem-se olhar mutuamente como seres humanos e criar uma relação de proximidade. Neste contexto, os pais devem considerar que toda a confiança deve ser mútua e que a criança precisa de manifestações de reconhecimento e respeito da sua esfera particular.

Em todos os momentos, deverá ser procurado um clima de amizade que favoreça o diálogo e a entre - ajuda.

7. ***Exemplos Positivos*** - Os pais deverão constituir-se como modelos emocionais positivos para as crianças, transmitindo aos seus filhos, pensamentos e comportamentos emocionalmente saudáveis.

Deverão assim, pautar o seu comportamento e atitudes por padrões morais, éticos, profissionais, humanos, familiares e culturais ao nível mais elevado, a fim de se constituírem como um exemplo irrepreensível para os seus filhos.

8. ***Orientação e Instrução*** - Os pais devem desenvolver permanentemente as suas competências parentais com o intuito de definirem objectivos motivadores para as crianças, relativamente à sua autonomia e responsabilização.

Exige um cuidado especial, a introdução de uma nova tarefa ou responsabilidade para a criança, no sentido de evitar a sua desmotivação. Aprender com o seu próprio esforço, constitui para ela um estímulo, considerando que cada nova realização é um passo em frente.

Torna-se essencial que os pais promovam a auto-motivação da criança e a sua satisfação interior, permitindo-lhes a realização dos seus próprios objectivos, bem como o encorajando-as e elogiando-as.

Nas suas práticas educativas devem também, promover os valores inerentes à cidadania, designadamente a igualdade de oportunidades.

6. BIBLIOGRAFIA

BRAZELTON, T. Berry – **O Grande Livro da Criança. O Desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Maio 2009, 11ª. ed., 535 p.

BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, J.D. – **A Criança e o seu Mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e desenvolvimento**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Janeiro 2009, 6ª. ed., 271 p.

BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, J.D. – **A Criança e a Higiene**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Outubro 2007, 2ª. ed., 100 p.

BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, J.D. – **A Criança e o choro**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Janeiro 2009, 4ª. ed., 78 p.

BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, J.D. – **A Criança e o sono**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Novembro 2007, 4ª. ed., 90 p.

BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, J.D. – **A Criança e a Alimentação**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Janeiro 2009, 2ª. ed., 135 p.

BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, J.D. – **A Criança e a Disciplina**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Março 2007, 9ª. ed., 124 p.

BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, J.D. – **Compreender a Agressividade na Criança.** Editorial Presença, Queluz de Baixo, Janeiro 2009, 2ª. ed., 135 p.

BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, J.D. – **Compreender as Relações entre irmãos**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Novembro 2007, 2ª. ed., 131 p.

BALLENATO, G. – **Educar sem Gritar**. A esfera dos Livros.6ª. ed., Lisboa, Janeiro 2010. 269 p.

COUNCIL OF EUROPE – **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach**. Strasbourg. April 2008. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5.175 p.

FABER, A.; MAZLISH, E. - **Como Falar para as Crianças Ouvirem**. Workshop promovido pelo Projecto Ser, 2010. *in*: www.projectoser.blogspot.com.

JUFFER, Femmie; KRANENBURG, M.J.B.; IJZENDOORN, M.H.V. – **Promotion Positive Parenting. An Attachment – Based Intervention**. Psicology Press, Amsterdam, 2007, 237p.

PUGH [et al] in: **Associação para a Igualdade e Direitos dos Filhos** (consultado em 1-04-2010]. Disponível em www.aipf.com/note.php?note_id=3053018772602010.

THOMAS, L. – **Como ser uma Supermamã**. Arte plural edições. Lisboa, 1ª. ed., Fevereiro 2010. 238p.

7. REFERÊNCIAS

COUNCIL OF EUROPE – **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach**. Strasbourg. April 2008. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5.175 p.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) Versão Beta 2.** Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2005. ISBN: 972-98149-1-0. 201p.

Anexo 2

Pedido de aplicação de questionários para diagnóstico de necessidades de aprendizagem

Exmo Sr. Dr. Pedro Cordeiro –
Coordenador da USF Gama do
Centro de Saúde de Torres Vedras

Torres Vedras, 17 de Maio de 2010

No âmbito da implementação de um programa de Promoção da Parentalidade Positiva nesta USF, inserido no projecto de Estágio do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, pretende-se a realização de um curso para "casais grávidos" e pais de crianças no primeiro ano de vida, seguidos nas Consultas de Enfermagem de Saúde Materna e Infantil. Assim, venho por este meio solicitar a vossa autorização para aplicação de um questionário que se destina ao diagnóstico de necessidades de aprendizagem destes grupos, bem como à sondagem de opiniões sobre a pertinência e importância do referido curso.

Aguardo deferimento.
Com os melhores Cumprimentos.

USF GAMA
Dr. Pedro Cordeiro
Coordenador

A aluna do Mestrado

Anexo 3

Questionário de diagnóstico de necessidades de aprendizagem

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da implementação de um **curso destinado a *casais grávidos* a partir do 2º. trimestre da gravidez e pais de crianças no primeiro ano de vida**, seguidos na Consulta de Enfermagem de Saúde Materna e Infantil da USF Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras, vimos por este meio solicitar a vossa colaboração no preenchimento deste questionário, que se destina à identificação das **necessidades de aprendizagem** destes grupos e à **pertinência e importância** deste curso.

Os objectivos do curso são:

- Promover um espaço de reflexão em grupo, com consequente partilha e esclarecimento de dúvidas, receios, sentimentos e expectativas por parte dos *casais grávidos* a partir do 2º. trimestre da gravidez e pais de crianças no 1º. ano de vida;
- Promover o desenvolvimento de competências parentais positivas em *casais grávidos* a partir do 2º. trimestre da gravidez e pais de crianças no 1º. ano de vida;
- Promover um ambiente de auto-estima, optimismo, segurança, afecto e bem-estar na relação pais-filhos, antes e depois do nascimento.

Salvaguarda-se que os dados recolhidos, destinam-se única e exclusivamente a tratamento estatístico, garantindo-se o **anonimato** do seu conteúdo.

Nota: Solicita-se a entrega dos questionários no secretariado da USF ou o seu envio pelo correio até ao dia **21 Maio**, para a seguinte morada:

Centro de Saúde de Torres Vedras – USF Gama
(Ao cuidado da Equipa de Enfermagem de Saúde Infantil)
Rua Fernando Ferreira Barros Leal
2560-253 Torres Vedras

Questionário

Idade:

Mãe: _____ anos
Pai: _____ anos

Estado civil:

Mãe: _____
Pai: _____

Nível de escolaridade

Mãe: _____
Pai: _____

Se está grávida: semanas de Gestação - _____ semanas

Nº. Filhos: _____ **Idades:** _____;_____;_____;_____

1. Após a leitura da nota introdutória deste questionário, considera **importante** a implementação deste tipo de cursos ? (**coloque um X** nos espaços em branco).

Mãe: Sim ___ Não ___ **Pai:** Sim ___ Não ___

2. **Coloque um X**, consoante considere **muito/ bastante/ pouco/ nada** importante a abordagem das seguintes temáticas, na realização do referido curso.

a) Direitos da Criança, Direitos dos Pais, Ser Criança, Ser Pai e Ser Mãe, Recursos de Apoio.

Mãe:	**Pai:**
Muito___	Muito___
Bastante___	Bastante___
Pouco ___	Pouco ___
Nada ___	Nada ___

b) Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento e Comportamento da criança:

b1) Desenvolvimento Motor (andar, agarrar…)

Mãe:	**Pai:**
Muito___	Muito___
Bastante___	Bastante___
Pouco ___	Pouco ___
Nada___	Nada___

b2) Desenvolvimento Cognitivo e da linguagem (aprendizagem, capacidades mentais…)

Mãe:	**Pai:**
Muito___	Muito___
Bastante___	Bastante___
Pouco ___	Pouco ___
Nada___	Nada___

b3) Desenvolvimento Sensorial (visão, tacto, paladar, olfacto, audição)

Mãe:	**Pai:**
Muito___	Muito___
Bastante___	Bastante___
Pouco ___	Pouco ___
Nada___	Nada___

b4) Desenvolvimento Psicossocial (relação com o meio, brincadeiras, vida na creche/ama…)

Mãe:	**Pai:**
Muito___	Muito___
Bastante___	Bastante___
Pouco ___	Pouco ___
Nada___	Nada___

b5) Desenvolvimento Emocional e moral (personalidade, educação – princípios e valores, capacidade de resolver e enfrentar problemas, optimismo)

Mãe:	**Pai:**
Muito___	Muito___
Bastante___	Bastante___
Pouco ___	Pouco ___
Nada___	Nada___

c) Alimentação da criança (amamentação e aleitamento, introdução de novos alimentos, práticas alimentares saudáveis)

Mãe:	**Pai:**
Muito___	Muito___
Bastante___	Bastante___
Pouco ___	Pouco ___
Nada___	Nada___

d) Higiene e conforto da criança (banho do bebé, higiene oral, roupa e calçado, ambiente físico, massagem infantil, hábitos de higiene)

Mãe:	**Pai:**
Muito___	Muito___
Bastante___	Bastante___
Pouco ___	Pouco ___
Nada___	Nada___

e) Sono e Repouso (hábitos de sono, rituais de adormecimento, posição de deitar)

Mãe:	**Pai:**
Muito___	Muito___
Bastante___	Bastante___
Pouco ___	Pouco ___
Nada___	Nada___

f) Segurança / Prevenção de Acidentes na infância

Mãe:	**Pai:**
Muito___	Muito___
Bastante___	Bastante___
Pouco ___	Pouco ___
Nada___	Nada___

g) Actuação perante Sinais e Sintomas comuns na infância (febre, choro, obstrução nasal, tosse, vómitos e diarreia) / noções básicas de 1ºs socorros / quando recorrer aos serviços de saúde em situação de saúde/doença:

Mãe:	**Pai:**
Muito___	Muito___
Bastante___	Bastante___
Pouco ___	Pouco ___
Nada___	Nada___

h) Outros temas que considere <u>muito importantes</u>:

Mãe:	**Pai:**
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Muito Obrigado pela Colaboração!

Anexo 4

Resultados da aplicação dos questionários de diagnóstico de necessidades de aprendizagem

1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS NA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS A *CASAIS GRÁVIDOS* A PARTIR DO 2º. TRIMESTRE DA GRAVIDEZ E PAIS DE CRIANÇAS NO 1º. ANO DE VIDA

1.1. Caracterização da Amostra

Na 1ª quinzena de Maio de 2010, foram enviados, via postal, **55** questionários destinados a todos os pais de crianças no 1º. ano de vida, seguidos na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil da USF Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras

Foram igualmente enviados **36** questionários destinados a todos os *casais grávidos* a partir do 2º. trimestre da gravidez, seguidos na Consulta de Enfermagem de Saúde Materna da USF Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras.

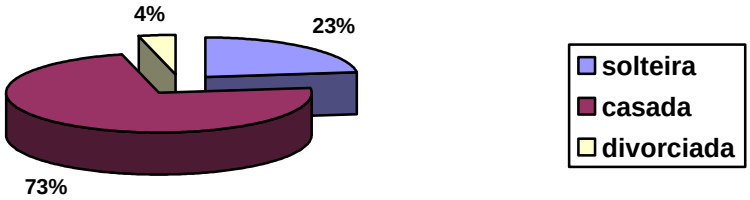
Total de questionários enviados: **91**
Total de questionários devolvidos: **52**

1.1.2. Média de idades

Parentesco	**Mãe**	**Pai**
Média de idades (anos)	28,6	32,6

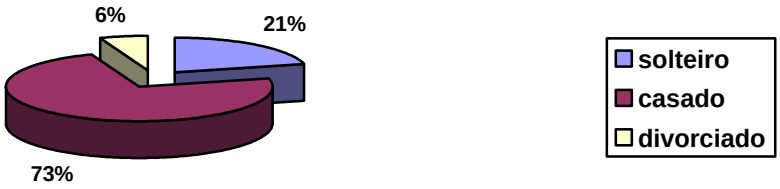
1.1.3. Estado civil da Mãe

Estado civil	**Solteira**	**Casada**	**Divorciada**	**Total**
Nº. de respostas	12	38	2	52



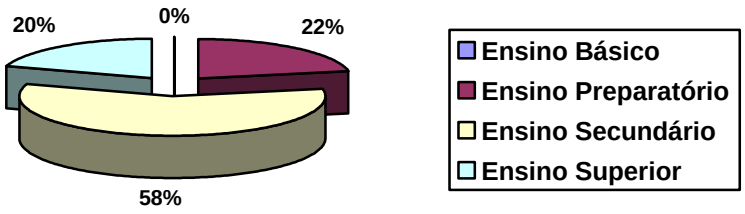
1.1.4. Estado civil do Pai

Estado civil	Solteiro	Casado	Divorciado	Total
Nº de respostas	11	38	3	52



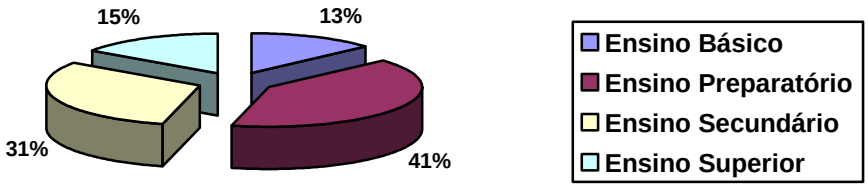
1.1.4. Nível de escolaridade da Mãe

Nível de Escolaridade	Ensino Básico	Ensino preparatório	Ensino secundário	Ensino Superior	Total
Nº de respostas	0	11	29	10	52



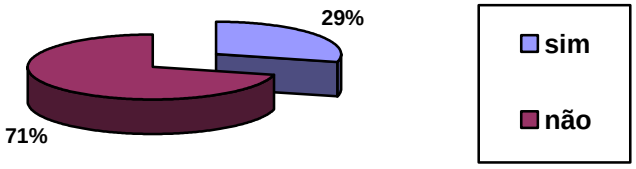
1.1.5. Nível de escolaridade do Pai

Nível de Escolaridade	Ensino Básico	Ensino preparatório	Ensino secundário	Ensino Superior	Total
Nº de respostas	7	21	16	8	52



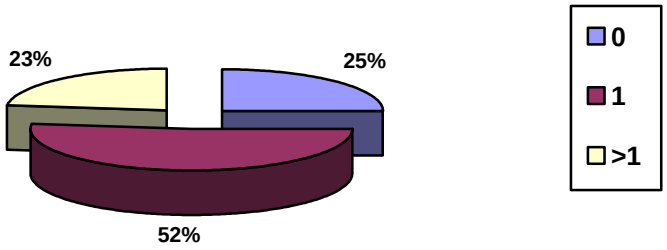
1.1.6. Número de *Casais grávidos*

Casais grávidos	sim	não	Total
Nº de respostas	15	37	52



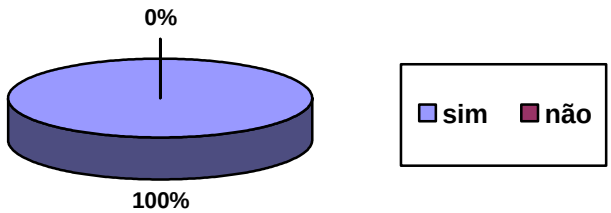
1.1.7. Número de filhos

Número de filhos	0	1	>1	Total
Nº de respostas	13	27	12	52



2. IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À IMPLEMENTAÇÃO DO CURSO POR MÃE E PAI (QUESTÃO Nº1)

Importante	sim	não	Total
Nº de respostas	52	0	52

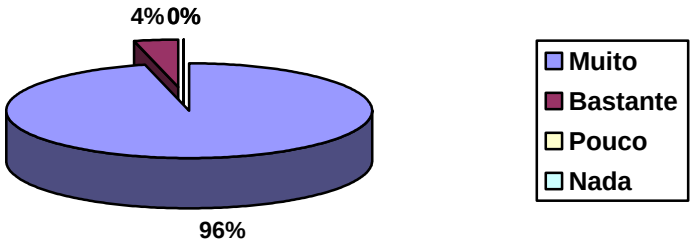


3. RESPOSTAS À QUESTÃO Nº 2

3.1. Questão 2 a) – Direitos da Criança, Direitos dos Pais, Ser Criança, Ser Pai e Mãe, Recursos de Apoio.

Mãe e Pai

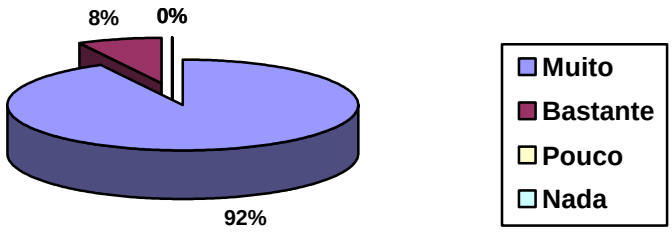
2 a)	Muito	Bastante	Pouco	Nada	Total
Nº de respostas	50	2	0	0	52



3.2. Questão 2 b1) – Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento e Comportamento da Criança – Desenvolvimento Motor

Mãe e Pai

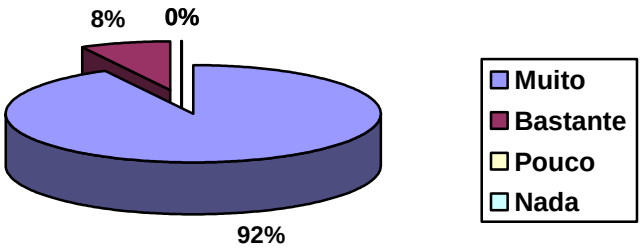
2 b1)	Muito	Bastante	Pouco	Nada	Total
Nº de respostas	48	4	0	0	52



3.3. Questão 2 b2) – Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento e Comportamento da Criança – Desenvolvimento Cognitivo e da Linguagem

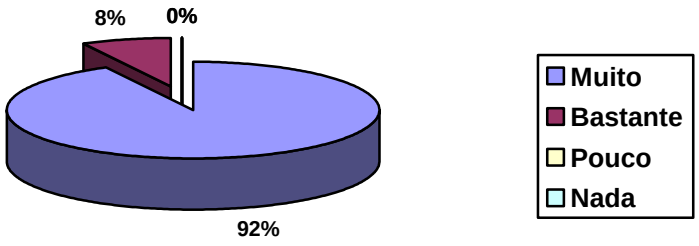
Mãe

2 b2)	Muito	Bastante	Pouco	Nada	Total
Nº de respostas	45	7	0	0	52



Pai

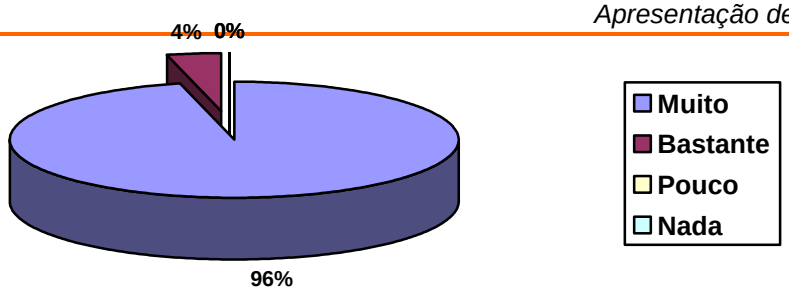
2 b2)	Muito	Bastante	Pouco	Nada	Total
Nº de respostas	48	4	0	0	52



3.4. Questão 2 b3) – Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento e Comportamento da Criança – Desenvolvimento Sensorial

Mãe e Pai

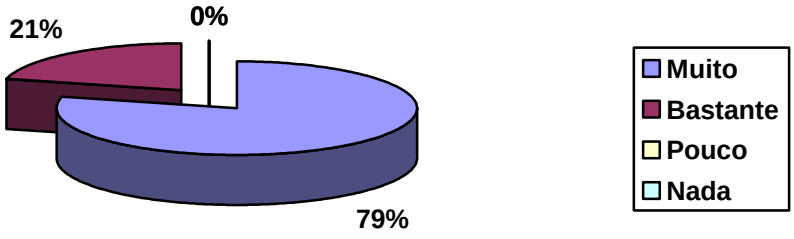
2 b3)	Muito	Bastante	Pouco	Nada	Total
Nº de respostas	50	2	0	0	52



3.5. Questão 2 b4) – Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento e Comportamento da Criança – Desenvolvimento Psicossocial

Mãe e Pai

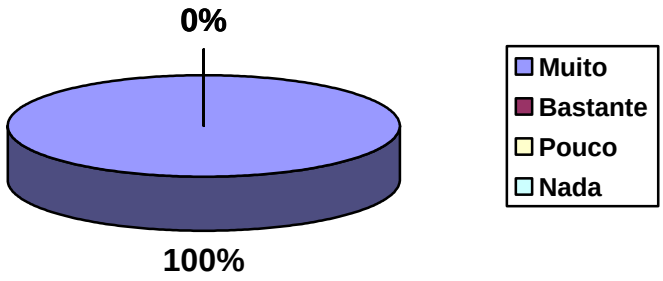
2 b4)	Muito	Bastante	Pouco	Nada	Total
Nº de respostas	41	11	0	0	52



3.6. Questão 2 b5) – Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento e Comportamento da Criança – Desenvolvimento Emocional e Moral

Mãe e Pai

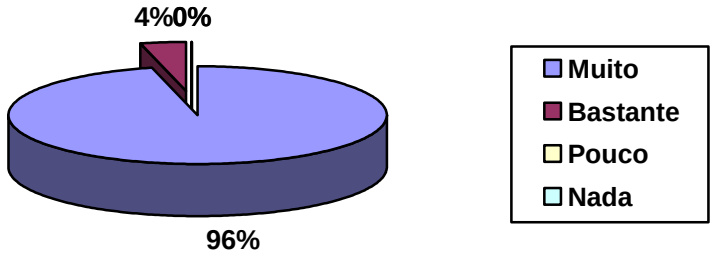
2 b5)	Muito	Bastante	Pouco	Nada	Total
Nº de respostas	52	0	0	0	52



3.7. Questão 2 c) – Alimentação da Criança

Mãe e Pai

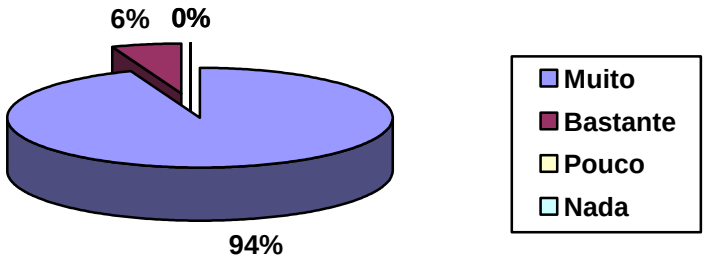
2 c)	Muito	Bastante	Pouco	Nada	Total
Nº de respostas	50	2	0	0	52



3.8. Questão 2 d) – Higiene e Conforto da Criança

Mãe e Pai

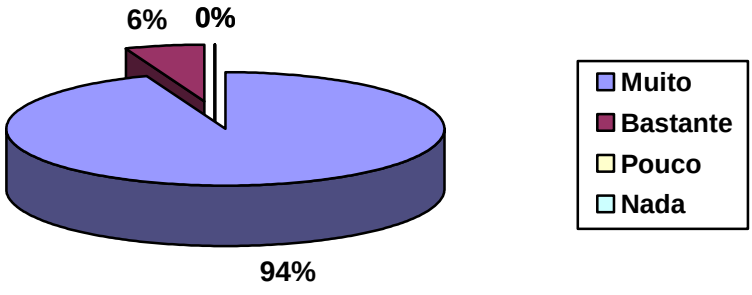
2 d)	Muito	Bastante	Pouco	Nada	Total
Nº de respostas	49	3	0	0	52



3.9. Questão 2 e) – Sono e Repouso

Mãe e Pai

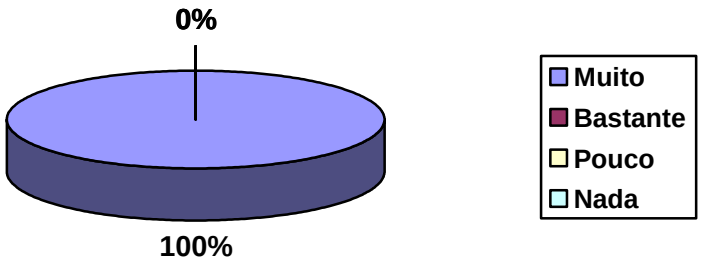
2 e)	Muito	Bastante	Pouco	Nada	Total
Nº de respostas	40	12	0	0	52



3.10. Questão 2 f) – Segurança/Prevenção de Acidentes na Infância

Mãe e Pai

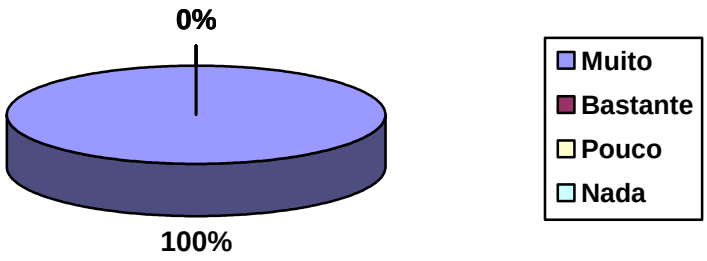
2 f)	Muito	Bastante	Pouco	Nada	Total
Nº de respostas	52	0	0	0	52



3.11. Questão 2 g) – Actuação perante sinais e sintomas comuns na Infância (febre, obstrução nasal, tosse, vómitos, diarreia) / noções básicas de 1ºs socorros / quando recorrer aos serviços de saúde em situações de saúde/doença

Mãe e Pai

2 g)	Muito	Bastante	Pouco	Nada	Total
Nº de respostas	52	0	0	0	52



3.12. Outros temas sugeridos:

1. Papel dos Pais na Educação
2. Importância da Auto-estima na Criança

4. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Perante uma amostra não probabilística acidental ou por conveniência (FORTIN, 2003) de 91 questionários, foram devolvidos 52, o que corresponde a 57% da amostra total.

Os dados da amostra indicam que a média de idades por parte das mães é de 28,6 anos de idade e de 32,6 anos de idade por parte dos pais. A maior percentagem de casais encontra-se no estado civil de casados (73%) e na sua escolaridade predomina o ensino preparatório (41%) para os pais e o ensino secundário (58%) para as mães. De entre o total de questionários recebidos, 29% correspondem a *casais grávidos* e 71% a pais de crianças no 1º ano de vida. Ainda 25% vão ser pais pela primeira vez, 52% são pais apenas de um filho e 23% possuem outros filhos, para além da criança com menos de 1 ano de idade seguida na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil.

No que se refere à primeira questão relacionada com a importância do curso, a resposta "*sim*" obteve 100%, pelo que se pode depreender que a implementação deste curso é de extrema pertinência.

Relativamente às temáticas apresentadas no questionário, estão de acordo com os cuidados antecipatórios preconizados pela Direcção Geral de Saúde no Programa Tipo de Saúde Infantil (PORTUGAL, 2005), sendo priorizadas (maior percentagem de respostas "*muito*") pela amostra da seguinte forma:

Percentagem de respostas "*muito*"	**Temáticas**
100%	Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento Emocional e Moral; Segurança/Prevenção de Acidentes na Infância/Actuação perante sinais e sintomas comuns na Infância (febre, obstrução nasal, tosse, vómitos, diarreia) / noções básicas de 1ºs socorros / quando recorrer aos serviços de saúde em situações de saúde/doença.
96%	Direitos e Deveres da Criança, Direitos e Deveres dos Pais, Ser Criança, Ser Pai e Mãe, Recursos de Apoio; Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento Sensorial; Alimentação na Criança.
94%	Higiene e Conforto; Sono e Repouso.
92%	Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento Motor, da Linguagem e Cognitivo.
79%	Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento Psicossocial.

Quadro 1 – Distribuição das diferentes temáticas contidas no questionário, pela percentagem de respostas "*muito*" que lhes foi atribuída.

De notar que as respostas entre pai e mãe não diferiram, à excepção da questão 2b2), que apesar de diferir entre "*bastante*" e "*muito*", obteve-se igual percentagem na sua globalidade, para ambos os elementos do casal.

Perante este diagnóstico, todas as temáticas serão incluídas na estrutura do curso, uma vez que nenhuma delas obteve respostas "*pouco*" ou "*nada*". O facto de lhes ser atribuída maior importância irá constituir um factor de maior desenvolvimento na sua abordagem. Os temas sugeridos poderão ser incluídos na temática do Desenvolvimento Emocional e Moral, sendo mais pormenorizadamente desenvolvidas a questão da auto-estima e da educação da criança.

Os questionários entregues poderão estar relacionados com o maior impacto das necessidades de aprendizagem em casais futuros pais e pais de crianças pela 1ª vez. Esta situação vai ao encontro do já referido por BERMAN (2006) em relação às necessidades de aprendizagem a partir do 2º trimestre da gravidez e, do referido por SVENSSON et al (2006) relativamente ao facto das necessidades de aprendizagem referentes aos cuidados ao bebé serem maiores nos casais, pais pela primeira vez. Desta forma, estes aspectos foram tidos como critério de prioridade na admissão ao curso. A escolaridade dos casais corresponde a um nível médio, que será tido em conta na abordagem das diferentes temáticas. Perante este diagnóstico, todas as temáticas foram incluídas na estrutura do curso, uma vez que nenhuma delas obteve respostas "*pouco*" ou "*nada*". O facto de lhes ser atribuída maior importância irá constituir um factor de maior desenvolvimento na sua abordagem. Os temas sugeridos poderão ser incluídos na temática do Desenvolvimento Emocional e Moral, tal como acontece na literatura de BRAZELTON (2009), sendo, no entanto, mais desenvolvidas as questões da auto-estima e da educação da criança, conforme sugeridas e, que se prendem com as Recomendações da Parentalidade Positiva (COUNCIL OF EUROPE, 2008).

Torna-se importante ressalvar que os dados obtidos, constituíram apenas um contributo para o diagnóstico das necessidades de aprendizagem da população alvo do curso e no contexto em questão, não sendo, por isso, generalizável. O levantamento de necessidades de aprendizagem no âmbito da Parentalidade Positiva, carece de estudos de investigação em Enfermagem, como forma de serem adequadas as respostas às necessidades das pessoas, com rigor e Saber, imprescindível à prática da profissão.

5. REFERÊNCIAS

BERMAN, R.. Perceived Learning Needs of Minority Expectant Women and Barriers to Prenatal Education. **The Journal of Perinatal Education**.15 (2): 2006. p.36-42 [acedido em 10 Junho 2010]. Disponível em: http://pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fegi?artid=1595295

BRAZELTON, T.. **O Grande Livro da Criança. O Desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 2009. 11ª. ed. Queluz de Baixo: Editorial Presença.535 p.

COUNCIL OF EUROPE. **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach**. Strasbourg. April 2008: Council of Europe Publishing.175 p.

FORTIN, M. F.. **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. 3ª ed., 2003, Lusociência, Loures. ISBN:972 – 8383-10-X.388 p.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. **Saúde Infantil e Juvenil - Programa – Tipo de Actuação**. 2ª.ed., Lisboa, 2005, 21p.

SVENSSON, J., BARCLAY, L., COOKE, M.. The Concerns and Interests of Expectant and New Parents: Assessing Learning Needs. **The Journal of Perinatal Education**.15(4); 2006. p.18-27. [Consultado em 27-05-2010]. Disponível em http://www.pubmedcentral.nhi.gov/picrender.fcgi?artid=1804306&blotype=pdf.

Anexo 5

Folheto informativo do curso

Ser Pai, Ser Mãe… é dar, é lutar, é sorrir, é chorar, é crescer, é viver, é amar…É a experiência existencial mais profunda das vossas vidas!!!

Ser Criança… é esperar o melhor, é acreditar que tudo é possível, é olhar e não ver o perigo, é pedir das mais diversas formas, a segurança, a protecção, o amor…

Viver a experiência da maternidade e paternidade de forma positiva é percorrer com os vossos filhos, os degraus da Felicidade…

Venham aprender e partilhar connosco… Tornem-se nos Melhores Pais do Mundo!!!

Elaborado por: Sónia Patrício – Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação de Enfª. Emília Soveral e Profª. Elisabete Nunes.
Junho 2010

Local: Centro de Saúde de Torres Vedras – sala de reuniões (piso 1).

Horário: 3ª.s feiras, das 18.00 às 20:00.

Destinatários:

Casais grávidos a partir do 2º. trimestre da gravidez e pais (ou pessoas titulares da autoridade e da responsabilidade parental) de crianças no 1º. ano de vida, seguidos nas Consultas de Saúde Materna e Saúde Infantil da USF Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras.

Equipa formadora:

Enfermeiras responsáveis pelo Programa de Saúde Infantil e outros profissionais, sempre que oportuno e possível.

Se pretende frequentar o curso…

- Preencha a ficha de inscrição e entregue à equipa de Enfermagem de Saúde Infantil ou de Saúde Materna da USF Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras ou no secretariado da USF ***(até 15 dias antes da data de início do curso).***
- Posteriormente será contactado(a).

USF Gama Centro Saúde Torres Vedras

Ministério da Saúde

Curso para Pais



Pelo Superior Interesse da Criança

Programa de Formação de Pais

Gratuito

Objectivos

- Promover um espaço de reflexão em grupo, com consequente partilha e esclarecimento de dúvidas, receios, sentimentos e expectativas por parte dos *"casais grávidos"* a partir do 2º. trimestre da gravidez e pais de crianças no 1º. ano de vida;
- Promover o desenvolvimento de competências parentais positivas em "*casais grávidos*" a partir do 2º. trimestre da gravidez e pais de crianças no 1º. ano de vida;
- Fomentar um ambiente de auto-estima, optimismo, segurança, afecto e bem-estar na relação pais-filhos, antes e depois do nascimento.

Metodologia

- Dez sessões de carácter teórico-prático, que decorrerão ao longo do ano, nos meses de Outubro a Maio, quinzenal ou mensalmente, de acordo com a disponibilidade dos formadores.

Conteúdos Programáticos Gerais

- Conceito e Recomendações da Parentalidade Positiva;
- Estratégias dos pais na gestão da parentalidade, vida pessoal e profissional;
- Recursos de Apoio à Parentalidade;
- Direitos e Necessidades das Crianças;
- Actuação dos pais no Desenvolvimento da Criança no 1º. Ano de vida (Motor, Cognitivo, Sensorial, da Linguagem, Emocional, Moral e Psicossocial);
- Alimentação no 1º. Ano de vida;
- Higiene e Conforto da Criança;
- Segurança/Prevenção de Acidentes no 1º ano de vida;
- Actuação perante Sinais e Sintomas mais comuns na Infância/ serviços de saúde existentes e critérios de recurso /noções básicas de 1ºs. Socorros.

Ficha de Inscrição

Nome dos Pais:

_____ e

_____

Cartão utente nr.:_____ (Pai)

Cartão utente nr.:_____ (Mãe)

Para casais grávidos:____semanas de gestação

Para Pais: nr. Filhos:___Idades: _____

Nome (s) da (s)Criança (s):

_____*D. N.:__/__/__

_____*D. N.:__/__/__

_____*D. N.:__/__/__

* (Data de Nascimento)

Quem deseja frequentar o curso?

Pai: ☐ Mãe: ☐ Ambos: ☐ Outro: ☐ _____

Assume (m) o compromisso de participar em todas as sessões? Sim ☐

Telefone(s):_____(Pai)

_____ (Mãe)

Data: ___/___/___

Assinaturas:_____e

_____

Anexo 6

Poster informativo do curso

Ministério da Saúde

USF Gama Centro Saúde Torres Vedras

Viver a experiência da maternidade e paternidade de forma positiva é percorrer com os vossos filhos, os degraus da FELICIDADE...

Venham aprender e partilhar connosco...

Tornem-se nos Melhores Pais do Mundo!!!

COMPROMISSO

Comprometa-se a proporcionar cuidados e atenção regular e personalizada ao seu filho...Dedique-lhe tempo, interaja com ele...

DISCIPLINA ASSERTIVA

Dê-lhe uma educação adequada, aplicando uma disciplina positiva, compreensiva e compassiva, sem violência de qualquer tipo. Ajude-o ainda a lidar com os problemas de forma tranquila...

AMBIENTE EMOCIONAL

Assegure-lhe um ambiente familiar de apreço e reconhecimento...mostre-lhe e diga-lhe o quanto ele é especial para si...

AMBIENTE FÍSICO

Forneça-lhe um ambiente saudável e organizado, dando-lhe a liberdade para explorar, experimentar de maneira divertida e agradável, cada espaço, sem riscos ou perigos para a sua saúde física e mental!

SENTIDO DE INCLUSÃO NA FAMÍLIA

Permita que ele participe e expresse a sua opinião nos assuntos da vida familiar, respeitando a sua individualidade...Mostre que também aprende com ele!

CONFIANÇA MÚTUA

Em todos os momentos, estabeleça uma relação de proximidade, entre-ajuda, amizade, respeito e confiança com o seu filho!

EXEMPLOS POSITIVOS

Cuide de si...Seja um exemplo positivo, transmitindo comportamentos e pensamentos emocionalmente saudáveis e atitudes positivas e confiantes!

ORIENTAÇÃO E INSTRUÇÃO

Procure compreender as capacidades, limitações e características próprias do nível de desenvolvimento do seu filho...Elogie-o, celebre as suas conquistas e vitórias, valorize os seus esforços...

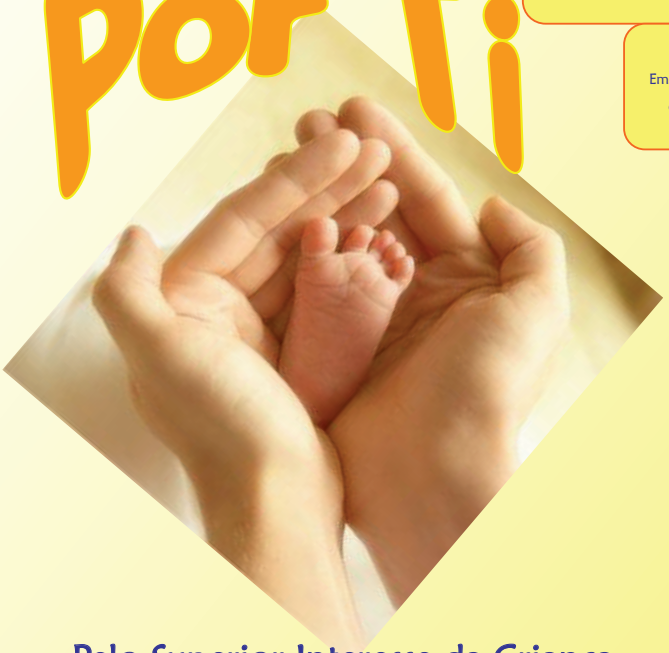
Informe-se junto da Equipa de Enfermagem de Saúde Infantil e de Saúde Materna

Data de início do Próximo Curso:

___/___/___

Curso para Pais

Por Ti



Pelo Superior Interesse da Criança

Elaborado por: Sónia Patrício – Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação de Enfª.Emília Soveral e Profª Elisabete Nunes.

Referências: COUNCIL OF EUROPE – **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach.** Strasbourg. April 2008. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5.175 p.

Junho 2010

Apoio: Nutribén® Especialistas en alimentación infantil

Anexo 7

Folha de presenças do curso

Ministério da Saúde
USF Gama Centro Saúde Torres Vedras

Folha de Presenças

Sessão nº.___ Data:__/__/__

Nome do Formando	Assinatura

Anexo 8

Plano de sessão – tipo

Plano de Sessão



Tema: _____

Sessão nº. _____

Data da apresentação: ___/___/___

Dinamizador(s): _____

Duração da sessão: _____

Local: _____

Metodologias: _____

Objectivos:

_____

_____

_____

_____

Conteúdos	Dinamizadora	Actividades	Recursos Didácticos	Duração da Actividade	Avaliação

Anexo 9

Diploma de curso


Aos Papás
A vida deu-vos a oportunidade de gerar um novo Ser... de vê-lo nascer, crescer e senti-lo como parte de vós mesmos...
Cuidar e Educar exigem uma longa caminhada de empenho, dedicação e amor...
PARABÉNS pelo vosso esforço, em prol da Saúde, Desenvolvimento e Felicidade do vosso Filho!
Que o Sol continue a iluminar as vossas vidas...FELICIDADES!!!
__/__/__
USF Gama Centro Saúde Torres Vedras
Curso para Pais
Por Ti
Pelo Superior Interesse da Criança

Anexo 10

Questionário de avaliação inicial da aprendizagem

Questionário de Avaliação Inicial da Aprendizagem

Este questionário tem como objectivo conhecer as suas principais expectativas, dúvidas e sentimentos, antes da realização do Curso para Pais Por Ti - Pelo Superior Interesse da Criança, de forma a ser possível adequá-lo às suas necessidades. Desta forma, pedimos que responda, de forma breve e sucinta, às questões colocadas.

1. Indique os principais **sentimentos** (positivos e negativos) do momento, acerca da experiência da maternidade/paternidade, antes da frequência do curso.

Mãe

_____

_____

Pai

_____

_____

2. Indique as principais **dúvidas** acerca da experiência da maternidade/paternidade, que gostaria de ver esclarecidas neste curso.

Mãe

_____

_____

Pai

_____

_____

3. Indique as principais **expectativas** acerca da frequência deste curso.

Mãe

_____

_____

Pai

_____

_____

Data:___/___/___

Nome Pai: _____

Nome Mãe:_____

Nome Bebé:_____

Anexo 11

Questionário de avaliação final da aprendizagem

Questionário de Avaliação Final da Aprendizagem

Este questionário tem como objectivo conhecer a sua auto-percepção sobre a aprendizagem adquirida no Curso para Pais  - Pelo Superior Interesse da Criança. Desta forma, pedimos que coloque um x, na resposta que melhor se adeqúe à sua situação, bem como, responda de forma sucinta e breve, às questões abertas apresentadas.

1. De que modo considera que a frequência deste curso o ajudou a vivenciar a experiência da maternidade/paternidade?

Mãe:	**Pai:**
Muito___	Muito___
Bastante ___	Bastante___
Pouco ___	Pouco ___
Nada ___	Nada ___

2. De que modo considera que o curso correspondeu às suas expectativas?

Mãe:	**Pai:**
Muito___	Muito___
Bastante ___	Bastante___
Pouco ___	Pouco ___
Nada ___	Nada ___

3. De que modo considera que o curso teve especial importância para a Saúde, Desenvolvimento e Felicidade do(s) seu(s) filhos?

Mãe:	**Pai:**
Muito___	Muito___
Bastante ___	Bastante___
Pouco ___	Pouco ___
Nada ___	Nada ___

4. Indique os principais **sentimentos** (positivos e negativos) do momento, acerca da experiência da maternidade/paternidade, resultantes da frequência do curso.

Mãe

_____

_____

Pai

_____

_____

5. Indique as principais **dúvidas** residuais acerca da experiência da maternidade/paternidade, resultantes da frequência do curso.

Mãe

_____

_____

Pai

_____

_____

Data:___/___/___

Nome Pai: _____

Nome Mãe:_____

Nome Bebé:_____

Anexo 12

Questionário de avaliação da formação

Questionário de Avaliação da Formação

Este questionário tem como objectivo conhecer a sua opinião sobre os diferentes aspectos do Curso para Pais - Pelo Superior Interesse da Criança, com o intuito de, no futuro, ser melhorado. Desta forma, pedimos que coloque um x, na resposta que melhor se adeqúe ao seu grau de satisfação, de acordo com a escala:**1- Nada Satisfeito; 2- Pouco Satisfeito; 3- Satisfeito; 4- Muito Satisfeito**

1. Relativamente à **Formação:**

	1	2	3	4
Objectivos do curso (clareza na apresentação, pertinência)				
Conteúdos (temas das sessões)				
Metodologias utilizadas (formas como são conduzidas as sessões)				
Carga Horária das sessões				
Recursos didácticos (documentos, material de apoio, videos)				
Condições Físicas da sala				

2. Relativamente à **Equipa dinamizadora/formadora**:

	1	2	3	4
Motivação				
Participação e Interacção com os formandos				
Disponibilidade				
Domínio dos conteúdos				
Gestão do tempo				
Criatividade				

3. Comentários/Sugestões:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data: ___/___/___

Muito Obrigado pela sua Colaboração!

Anexo IV

Relatório da Formação –

Apresentação do Curso para Pais *“Por Ti”*

USF Gama Centro Saúde Torres Vedras

Ministério da Saúde

Apresentação do Curso para Pais

"Por Ti" – Pelo Superior Interesse da Criança

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO



SUMÁRIO

	Página
1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO	3
2. PLANO DE SESSÃO	4
3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO	5
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	17
ANEXOS	19
Anexo 1 – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação	20

1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

1.1. DATA, HORA, LOCAL DE REALIZAÇÃO
Data: 16 Junho 2010 **Duração**: 30 minutos (11h - 11h30) **Local:** sala de reuniões
1.2. MODALIDADE DA FORMAÇÃO
Formação em Serviço
Designação: Apresentação do Curso para Pais "*Por Ti*" – Pelo Superior Interesse da Criança
1.3. INSTITUIÇÃO/SERVIÇO
Centro de Saúde de Torres Vedras – Unidade de Saúde Familiar Gama
1.4. FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA
O Curso para Pais "*Por Ti"* consiste num programa de educação parental, que prevê a formação em grupo, onde a partilha de experiências, receios e sentimentos por parte dos *casais grávidos* e pais de crianças, poderá constituir uma mais valia no suporte ao exercício da Parentalidade Positiva, obtendo-se maior número de ganhos em saúde, que advêm do ensino, do treino, e da partilha de informação, como formas de desenvolver competências parentais positivas. A apresentação do diagnóstico de necessidades e estratégia de intervenção no seio da equipa multidisciplinar torna-se pertinente com esta formação, previamente à implementação do curso.
1.5. OBJECTIVOS
- Sensibilizar a equipa multidisciplinar da USF Gama para a temática da Parentalidade Positiva; - Apresentar o Curso para Pais "*Por Ti*" – Pelo Superior Interesse da Criança, tornando-o numa meta viável e exequível no plano de acção da equipa multidisciplinar da USF Gama.
1.6. DESTINATÁRIOS
Equipa multidisciplinar da USF Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras
1.7. CONCEPÇÃO/ORGANIZAÇÃO
Nome: Sónia Patrício **Categoria**: Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa **Nome:** Emília Soveral **Categoria**: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica **Nome:** Olga Seabra **Categoria**: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
1.8. FORMADORES
Nome: Sónia Patrício **Categoria**: Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa
1.9. CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO
Metodologia da Formação: Expositiva, Activa

2. PLANO DE SESSÃO

Conteúdos	Actividades	Recursos Didácticos	Duração da Actividade	Avaliação
Enquadramento, Princípios e Recomendações da Parentalidade Positiva; Resultados da aplicação de questionários de diagnóstico de necessidades formativas; Estratégia do Curso; Discussão e Avaliação da Sessão.	Apresentação Interactiva	Projector/ Portátil Questionário de avaliação da sessão	5 min 10 min 10 min 5 min	Aplicação de um Questionário de avaliação da sessão

3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO

USF Gama Centro Saúde Torres Vedras

Ministério da Saúde

Curso para Pais

Por Ti



Pelo Superior Interesse da Criança

Enfª. Sónia Patrício

(Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa)

Orientação:

Enfª. Emília Soveral e Profª. Elisabete Nunes

Junho 2010

FUNDAMENTAÇÃO

Por Ti

- Família
- Parentalidade
- Parentalidade Positiva

*"Comportamento parental baseado no **Superior Interesse da Criança**; fundado no respeito pelos seus direitos, que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas, através da protecção dos riscos e da criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia"*

(COUNCIL OF EUROPE, 2008)

FUNDAMENTAÇÃO

Parentalidade Positiva

PRINCÍPIOS

1.Reconhecer todas as crianças e todos os pais como titulares de Direitos e sujeitos a obrigações;

2.Reconhecer os pais como primeiros e principais responsáveis pela criança, devendo respeitá-la de acordo com os seus Direitos. Cabe ainda ao Estado intervir para proteger a criança;

3.Reconhecer como positiva e necessária a cooperação entre os pais e outros agentes de socialização das crianças, nomeadamente o próprio Estado;

4.Assegurar que os pais e as crianças sejam envolvidos na elaboração e aplicação das políticas e medidas que lhes são destinadas;

(COUNCIL OF EUROPE, 2008)

FUNDAMENTAÇÃO

Parentalidade Positiva

PRINCÍPIOS

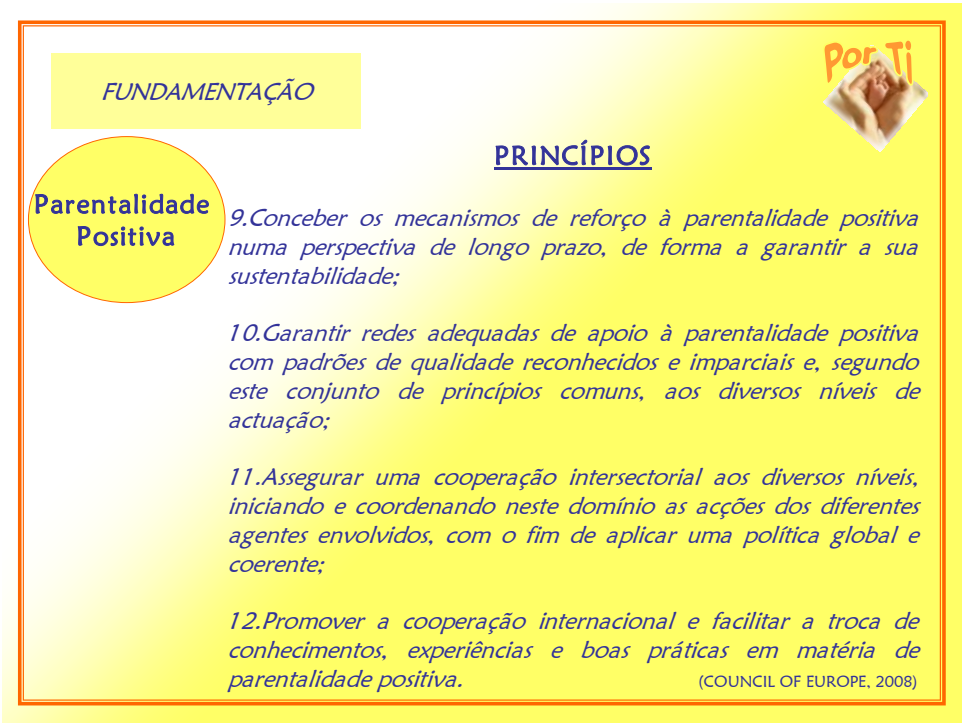
5.Promover a igualdade de oportunidades de ambos os progenitores no exercício da parentalidade positiva, no respeito pela sua complementaridade;

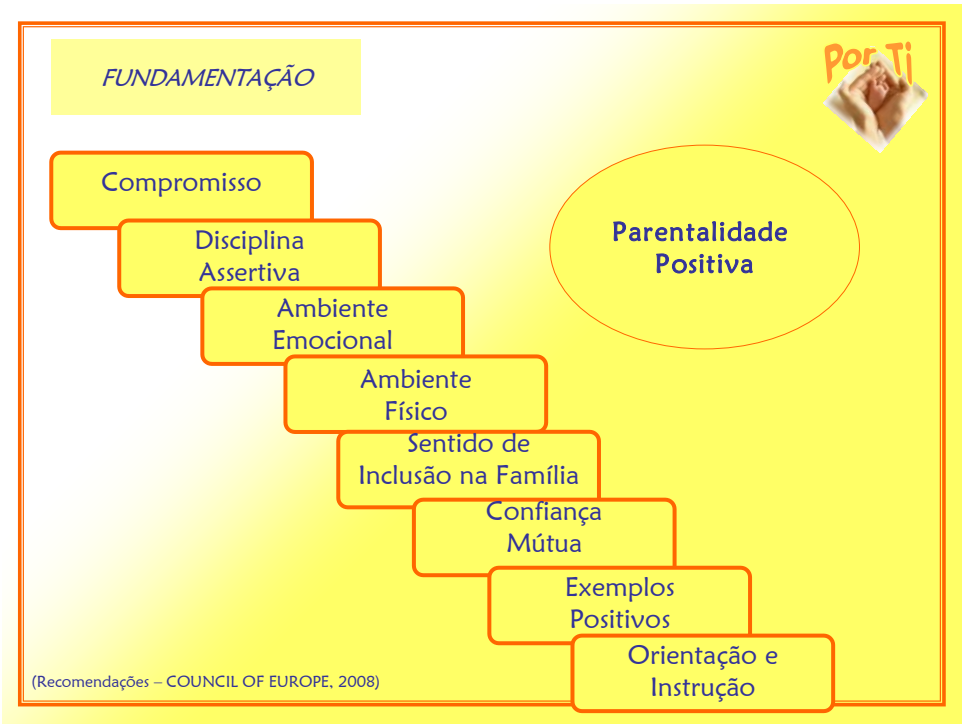
6.Reconhecer a necessidade de condições de vida que permitam aos pais a sua realização pessoal e que sejam adequadas ao exercício da parentalidade positiva, nomeadamente a independência social e económica e o acesso aos bens e equipamentos de apoio às famílias;

7.Respeitar as diferentes formas de parentalidade e de situações parentais através de uma abordagem pluralista;

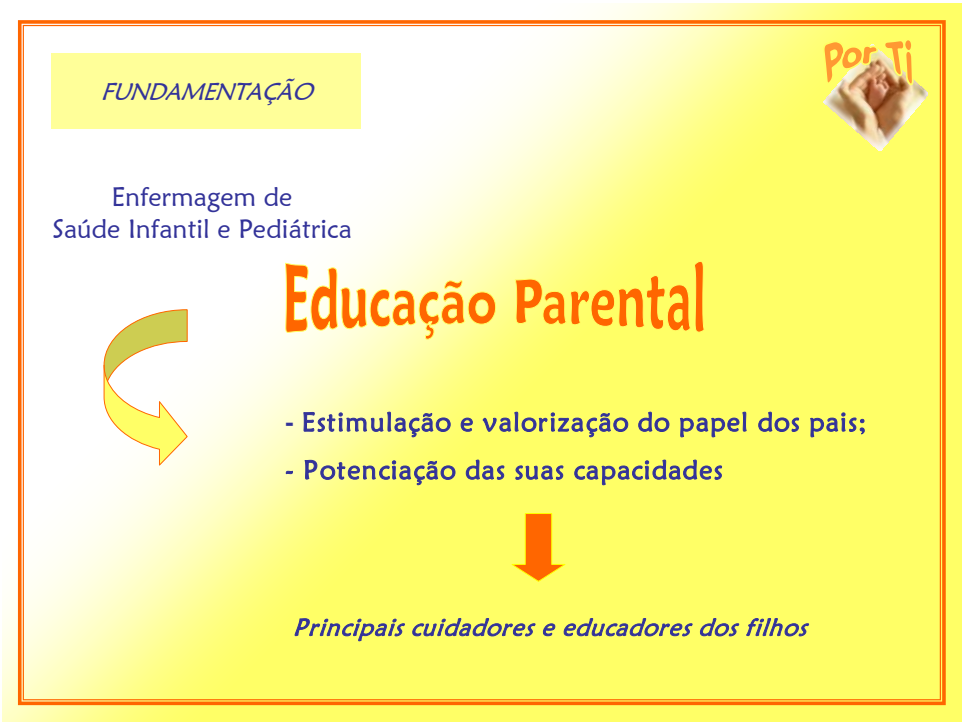
8.Reforçar a parentalidade positiva através de mecanismos incentivadores que aproveitem o potencial natural dos pais;

(COUNCIL OF EUROPE, 2008)


FUNDAMENTAÇÃO
Por Ti
PRINCÍPIOS
Parentalidade Positiva
9.Conceber os mecanismos de reforço à parentalidade positiva numa perspectiva de longo prazo, de forma a garantir a sua sustentabilidade;
10.Garantir redes adequadas de apoio à parentalidade positiva com padrões de qualidade reconhecidos e imparciais e, segundo este conjunto de princípios comuns, aos diversos níveis de actuação;
11.Assegurar uma cooperação intersectorial aos diversos níveis, iniciando e coordenando neste domínio as acções dos diferentes agentes envolvidos, com o fim de aplicar uma política global e coerente;
12.Promover a cooperação internacional e facilitar a troca de conhecimentos, experiências e boas práticas em matéria de parentalidade positiva.
(COUNCIL OF EUROPE, 2008)

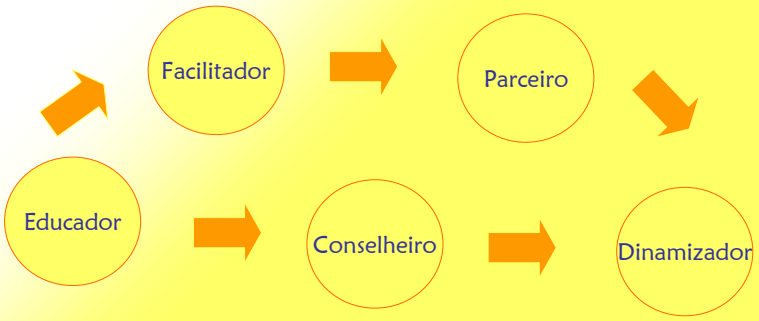

FUNDAMENTAÇÃO
Por Ti
Parentalidade Positiva
Compromisso
Disciplina Assertiva
Ambiente Emocional
Ambiente Físico
Sentido de Inclusão na Família
Confiança Mútua
Exemplos Positivos
Orientação e Instrução
(Recomendações – COUNCIL OF EUROPE, 2008)


FUNDAMENTAÇÃO
Por Ti
Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica
Cuidados centrados na Família
PARCERIA
(CASEY, 1993)
EMPOWERMENT
(CE, 2008)


FUNDAMENTAÇÃO
Por Ti
Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica
Educação Parental
- Estimulação e valorização do papel dos pais;
- Potenciação das suas capacidades
Principais cuidadores e educadores dos filhos

FUNDAMENTAÇÃO

Enfermeiro de
Saúde Infantil e Pediátrica



DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

✓ Equipa de Enfermagem de Saúde Infantil;

✓ *Casais – grávidos* (a partir do 2º. trimestre da gravidez) e Pais de crianças no 1º. ano de vida seguidos nas C.E. Saúde Materna e Saúde Infantil – Aplicação de **Questionário estruturado.**

Amostra (não probabilística acidental ou por conveniência)

-91 questionários enviados; 52 recebidos → **57% amostra total**
-Média Idades: Mãe: 28,6 anos Pai: 32,6 anos
-Maioria casados
-Escolaridade Predominante (Mãe): ensino secundário
-Escolaridade Predominante (Pai): ensino preparatório
-29% *casais grávidos;* 71% pais de crianças no 1º. ano de vida
-25% vão ser pais pela primeira vez; 52% são pais apenas de um filho; 23% possuem outros filhos (para além da criança com menos de 1 ano)

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

QUESTÕES

1. Importância do curso – 100% "*Sim*";

2. Temáticas priorizadas:

100% - Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento Emocional e Moral; Segurança/Prevenção de Acidentes na Infância/Actuação perante sinais e sintomas comuns na Infância (febre, obstrução nasal, tosse, vómitos, diarreia) / noções básicas de 1ºs socorros / quando recorrer aos serviços de saúde em situações de saúde/doença;

96% - Direitos da Criança, Direitos dos Pais, Ser Criança, Ser Pai e Mãe, Recursos de Apoio; Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento Sensorial; Alimentação na Criança;

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

QUESTÕES

2.Temáticas priorizadas (cont.)

94% - Higiene e Conforto; Sono e Repouso;

92% - Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento Motor, da Linguagem e Cognitivo,

79% - Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento Psicossocial.

3. Sugestões de temas:

-Papel dos Pais na Educação dos filhos

-Importância da Auto-estima na criança

DEFINIÇÃO DA POLÍTICA DE FORMAÇÃO



OBJECTIVOS

- Promover um espaço de reflexão em grupo, com consequente partilha e esclarecimento de dúvidas, receios, sentimentos e expectativas por parte dos *"casais grávidos"* a partir do 2º. trimestre da gravidez e pais de crianças no 1º. ano de vida;

- Promover o "*empowerment*" em matéria de competências parentais positivas a "*casais grávidos*" a partir do 2º. trimestre da gravidez e pais de crianças no 1º. ano de vida;

- Promover um ambiente de auto-estima, optimismo, segurança, afecto e bem-estar na relação pais-filhos, antes e depois do nascimento;

DEFINIÇÃO DA POLÍTICA DE FORMAÇÃO



RESULTADO ESPERADO

- Pretende-se fornecer aos destinatários, ferramentas necessárias ao exercício da parentalidade positiva, estimulando e reforçando a importância do seu papel fundamental no Superior Interesse da Criança;

- Pretende-se incutir a vivência da parentalidade de forma positiva, calma e tranquila na família, fornecendo-lhes mecanismos de adaptação face ás dificuldades que esta fase da vida possa gerar.

DEFINIÇÃO DA POLÍTICA DE FORMAÇÃO

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

O curso será ministrado, de forma **gratuita e livre**, a *casais grávidos* a partir do 2º. trimestre da gravidez e a pais de crianças no 1º. ano de vida, que frequentem as Consultas de Enfermagem de Saúde Materna e Infantil da USF Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras.

A frequência do curso pressupõe a leitura de um **folheto informativo** e o **preenchimento da ficha de inscrição** nele inserida. Este folheto será entregue nas consultas de Enfermagem de Saúde Materna e Saúde Infantil, com a indicação da data de início de cada curso.

Será ainda afixada esta mesma data no **poster informativo** afixado na sala de espera da Ala verde da USF Gama.

DEFINIÇÃO DA POLÍTICA DE FORMAÇÃO

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

A **ficha de inscrição** devolvida à equipa de Enfermagem de Saúde Materna e Saúde Infantil ou entregue no secretariado da USF, será posteriormente analisada pelas enfermeiras responsáveis dos referidos programas, tendo em conta o processo de família e, segundo os seguintes **critérios de prioridade**:

- Presença de indicadores de risco identificados nas consultas de Saúde Infantil;
- Compromisso de frequência das sessões assinalado na ficha de inscrição;
- Casais Primíparos;
- *Casais grávidos* e Pais de crianças até aos 6 meses;
- Ordem de entrega das fichas de inscrição até 15 dias antes de cada curso.

(Após a recepção, análise das fichas de inscrição e formação dos grupos, os casais serão contactados pela equipa dinamizadora)

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

DESTINATÁRIOS

✹ *Casais grávidos* a partir do 2º. trimestre da gravidez, seguidos na Consulta de Saúde Materna da USF Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras;

✹ Pais de crianças no 1º. ano de vida, seguidas na Consulta de Saúde Infantil da USF Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras.

Os grupos deverão ser constituídos por um **mínimo de 5 e um máximo de 10** casais.

EQUIPA DINAMIZADORA/FORMADORA

Enfermeiras responsáveis pelo Programa de Saúde Infantil da USF Gama do Centro de Saúde de Torres Vedras, juntamente com outros profissionais, sempre que possível e oportuno.

LOCAL DA ACÇÃO

Centro de Saúde de Torres Vedras – sala de reuniões.

PROGRAMA DA ACÇÃO

METODOLOGIA/HORÁRIO

Serão ministradas **10 sessões** de carácter teórico-prático, com a duração de **2 horas (18h-20h)** cada uma delas, onde constam exposições teóricas com recurso a *power point*, apresentações de filmes/DVD sobre parentalidade e parentalidade positiva e, dinâmicas de grupo sobre as temáticas abordadas.

As sessões decorrerão ao longo do ano, nos meses de **Outubro a Maio**, com a periodicidade **quinzenal ou mensal**, de acordo com disponibilidade dos formadores.

PROGRAMA DA ACÇÃO

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS GERAIS

- Conceito e Recomendações da Parentalidade Positiva;
- Estratégias dos pais na gestão da parentalidade, vida pessoal e profissional;
- Recursos de Apoio à Parentalidade;
- Direitos e Necessidades das Crianças;
- Actuação dos pais no Desenvolvimento da Criança no 1º. ano de vida (Motor, Cognitivo, Sensorial, da Linguagem, Emocional, Moral e Psicossocial);
- Alimentação no 1º. Ano de vida;
- Higiene e Conforto da Criança;
- Segurança/Prevenção de Acidentes no 1º ano de vida;
- Actuação perante Sinais e Sintomas mais comuns na Infância/ serviços de saúde existentes e critérios de recurso /noções básicas de 1ºs. Socorros.

AVALIAÇÃO

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

- **FORMANDOS – QUESTIONÁRIO** (programa de formação, recursos didácticos, condições físicas, intervenção da equipa).

- **FORMADORES – REUNIÃO INFORMAL**, para planeamento de cursos seguintes.

AVALIAÇÃO

AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- **DIAGNÓSTICA: QUESTIONÁRIO INICIAL** (dúvidas, expectativas, sentimentos);
- **FORMATIVA**: ao longo das sessões, com base na participação;
- **SUMATIVA: QUESTIONÁRIO FINAL** (dúvidas residuais, sentimentos)

RESUMO MÍNIMO DADOS (CESI - SAPE)

Ganhos em Saúde

SESSÃO FINAL

OFERTAS

DIPLOMA





Promover o amor, o cuidar, o educar, não são tarefas fáceis... não se pretendem incutir modelos e receitas de actuação nos pais, mas sim compreendê-los, encorajá-los a descobrir, realçar e aceitar as particularidades de cada um, sempre numa perspectiva positiva de saúde.

Que este curso seja mais uma forma de visibilidade de toda a prática de Enfermagem, desafiante, esforçada, dedicada e com certeza...brilhante!!!

(Sónia Patrício)

REFERÊNCIAS



CASEY, Anne – Partnership nursing: influences on involument of informal cares. **Journal of Advanced Nursing**. Blackwell Science Ltd. N.º22 (1993). p. 1058-1062.

CONHECER MAIS – **Formação Pedagógica Inicial de Formadores** - Manual do formando. Torres Vedras, 2007.89p.

COUNCIL OF EUROPE – **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach**. Strasbourg. April 2008. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5.175 p.

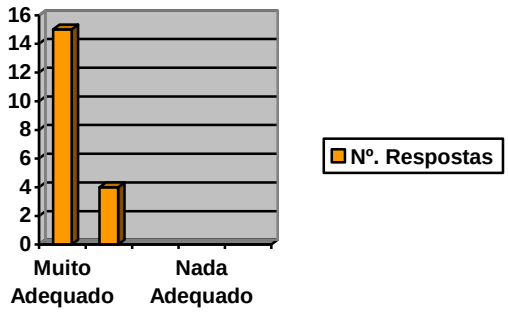
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Participantes: 19

6 Médicos
2 Internos de Medicina
7 Enfermeiros
4 Secretárias Clínicas

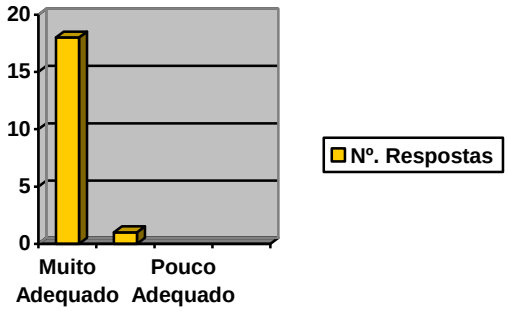
Questão nº.1 – Como avalia o tema apresentado na sessão?

Tema	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. Respostas	15	4			19



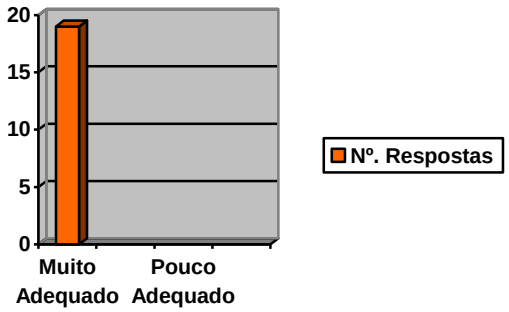
Questão nº. 2 – Como avalia a metodologia utilizada na sessão?

Metodologia	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. Respostas	18	1			19



Questão nº.3 – Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?

Metodologia	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. Respostas	19				19



Questão nº. 4 – Sugestões/Comentários

- Gostei muito – Felicidades

- Parabéns, é muito pertinente

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Este questionário tem como objectivo avaliar a sessão de formação. Desta forma, pedimos que coloque um x, na resposta que melhor se adeqúe à sua situação, bem como responda de forma sucinta, à questão aberta apresentada.

1. Como avalia o (s) tema (s) apresentados na sessão?
Muito Adequado __
Adequado __
Pouco Adequado __
Nada Adequado __

2. Como avalia a metodologia utilizada na sessão?
Muito Adequada __
Adequada __
Pouco Adequada __
Nada Adequada__

3.Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?
Muito Adequada __
Adequada __
Pouco Adequada __
Nada Adequada__

4. Sugestões/Comentários
_____
_____
_____

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo V

Relatório da Formação –

"Vamos Pensar em Segurança Infantil"

USF Gama Centro Saúde Torres Vedras

Ministério da Saúde

Vamos Pensar em Segurança Infantil

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO



SUMÁRIO

	Página
1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO	3
2. PLANO DE SESSÃO	4
3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO	5
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	40
ANEXOS	42
Anexo 1 – Convite para a Sessão de Formação	43

1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

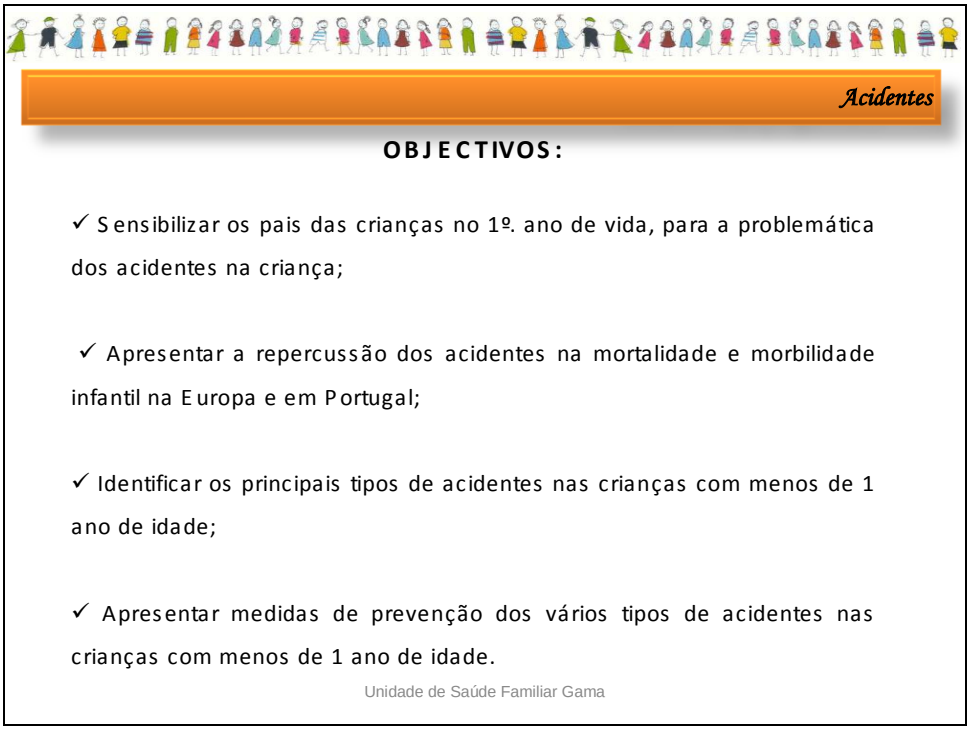
1.1. DATA, HORA, LOCAL DE REALIZAÇÃO
Data: 15 Junho 2010 **Duração**: 1h (17h - 18h) **Local:** sala de reuniões
1.2. MODALIDADE DA FORMAÇÃO
Educação para a Saúde
Designação: Vamos Pensar em Segurança Infantil
1.3. INSTITUIÇÃO/SERVIÇO
Centro de Saúde de Torres Vedras – Unidade de Saúde Familiar Gama
1.4. FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA
A elevada taxa de acidentes infantis em Portugal desencadeia a necessidade de sensibilizar os pais para esta problemática, por parte dos profissionais de saúde. Adjuvante a esta necessidade, encontra-se a de lhes fornecer informação sobre formas de prevenção de acidentes, conforme foi solicitado nos questionários aplicados aos pais referentes às necessidades de aprendizagem. A manutenção de um ambiente seguro no exercício da Parentalidade Positiva é nossa preocupação na realização desta formação, que possui um carácter experimental à implementação do Curso para Pais.
1.5. OBJECTIVOS
- Sensibilizar os pais de crianças no 1º. ano de vida, para a problemática dos acidentes infantis; - Apresentar a repercussão dos acidentes na mortalidade e morbilidade infantil na Europa e em Portugal; - Identificar os principais tipos de acidentes nas crianças com menos de 1 ano de idade; - Conferir "*empowerment*" aos pais no que se refere a medidas de prevenção de acidentes nas crianças.
1.6. DESTINATÁRIOS
Pais de crianças no 1º. ano de vida seguidos na Consulta de Saúde Infantil.
1.7. CONCEPÇÃO/ORGANIZAÇÃO
Nome: Sónia Patrício **Categoria**: Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa **Nome:** Emília Soveral **Categoria**: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica **Nome:** Olga Seabra **Categoria**: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
1.8. FORMADORES
Nome: Sónia Patrício **Categoria**: Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa
1.9. CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO
Metodologia da Formação: Expositiva, Activa

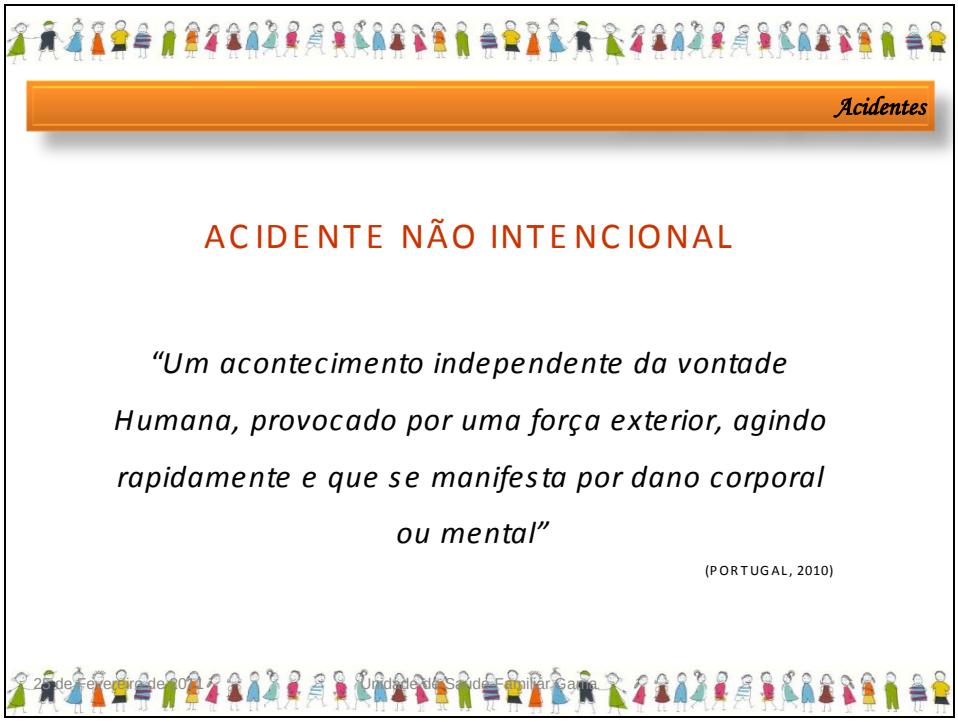
2. PLANO DE SESSÃO

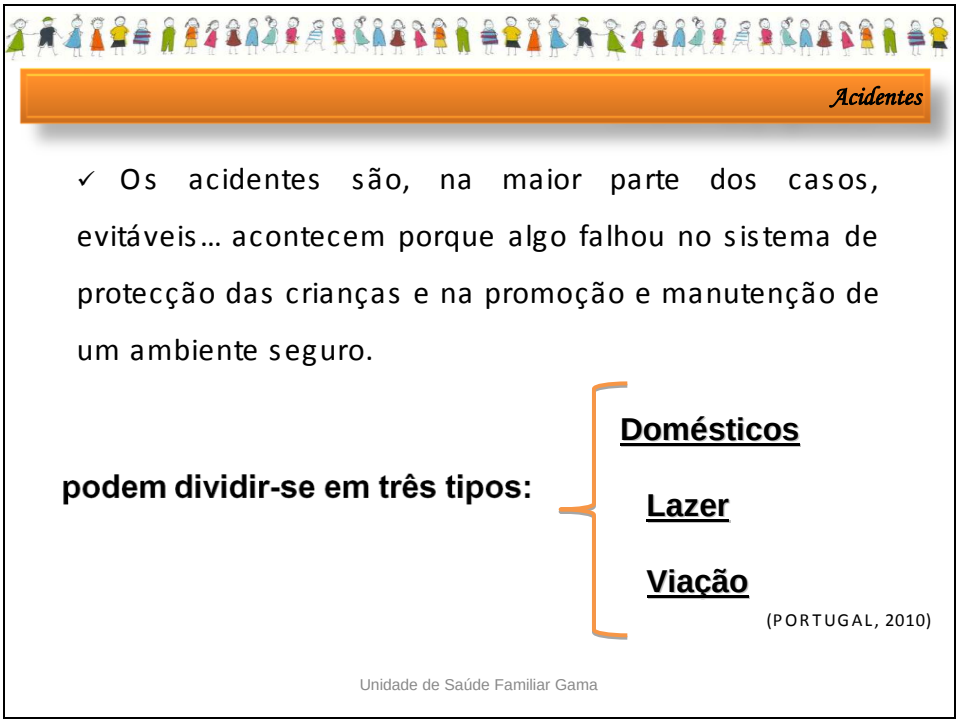
Conteúdos	Actividades	Recursos Didácticos	Duração da Actividade	Avaliação
	Questão inicial sobre principais experiências pessoais de acidentes com crianças.		5 min	
Dados Epidemiológicos de Segurança Infantil;			5 min	
Principais acidentes no 1º. ano de vida;	Apresentação Interactiva com os pais.	Projector/ Portátil	15min	
Medidas de Prevenção de acidentes infantis;			25 min	
Partilha de Experiências, dúvidas e avaliação da sessão;	Síntese Final.	Questionário de avaliação da sessão	10 min	Aplicação de um Questionário de avaliação da sessão
Entrega de Folhetos sobre Acidentes no 1º. ano de vida – UCF Oeste		Folhetos - *Acidentes no 1º. ano de vida* – UCF Oeste		

3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO






Acidentes
ACIDENTE NÃO INTENCIONAL
"Um acontecimento independente da vontade Humana, provocado por uma força exterior, agindo rapidamente e que se manifesta por dano corporal ou mental"
(PORTUGAL, 2010)
25 de Fevereiro de 2014
Unidade de Saúde Familiar Gama


Acidentes
✓ Os acidentes são, na maior parte dos casos, evitáveis… acontecem porque algo falhou no sistema de protecção das crianças e na promoção e manutenção de um ambiente seguro.
podem dividir-se em três tipos:
Domésticos
Lazer
Viação
(PORTUGAL, 2010)
Unidade de Saúde Familiar Gama



Acidentes

- É aconselhável adquirir hábitos seguros desde o primeiro dia de vida da criança e, certificarmo-nos que esses hábitos são partilhados pelas pessoas que tomam conta da mesma.

- É importante valorizar a etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra e adequar a vigilância aos diversos perigos a que esta pode estar sujeita.

Unidade de Saúde Familiar Gama



Dados epidemiológicos

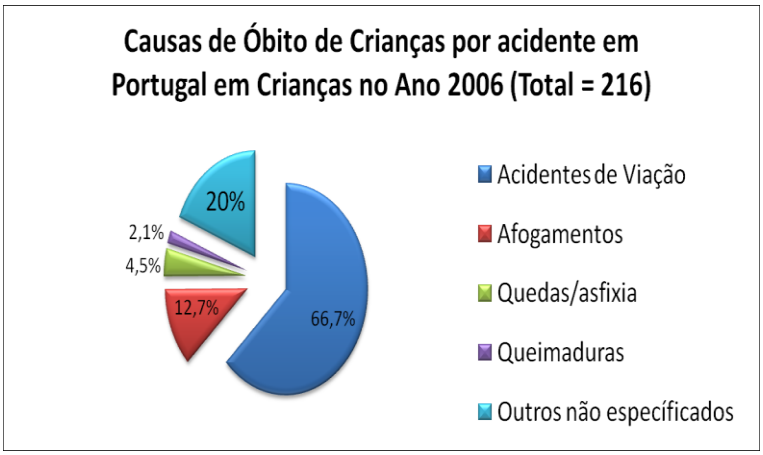
✓ Portugal é o 6º. País da União Europeia, com a **mais elevada taxa de mortes** de crianças até aos 14 anos, provocadas por acidentes domésticos, lazer e rodoviários.

✓ Os **acidentes domésticos** são um grupo bastante heterogéneo e frequente. **Têm um papel de relevo nos 1ºs anos de vida. A maioria destes acidentes acontece porque os pais/cuidadores subestimam as capacidades das crianças.** (PORTUGAL, 2010)

Unidade de Saúde Familiar Gama



Dados epidemiológicos



Programa Nacional de Prevenção de Acidentes para 2009-2016 (PORTUGAL, 2009)

Unidade de Saúde Familiar Gama



Dados epidemiológicos

✓Num universo de 21 711 Acidentes Domésticos e de Lazer, 43,6% referem-se a crianças até aos 14 anos de idade, destes 38% são em crianças com idade igual ou inferior a 4 anos;

✓Os locais onde ocorrem os acidentes com mais frequência são, por ordem decrescente, a **habitação, a escola e o meio exterior**;

✓ A parte do corpo mais afectada varia significativamente com a idade, verificando-se que a **cabeça é mais frequente nos mais pequenos e os membros nos mais crescidos**.

PORTUGAL (2010)

Unidade de Saúde Familiar Gama



Ddos epidemiológicos

- ✓ Num universo de 10.673 casos de intoxicação com crianças, mais de 65% tinham entre 1 e 4 anos de idade .
- ✓ Cerca de 90 % destas situações ocorrem em casa ou nas imediações, e os produtos mais frequentemente responsáveis pela intoxicação são os medicamentos (54% das situações), os detergentes e os produtos de limpeza, o álcool, os pesticidas, e os cosméticos.
- ✓ **Quanto mais pequena é a criança, maior o risco de intoxicação acidental.**

(PORTUGAL, 2010)

Unidade de Saúde Familiar Gama



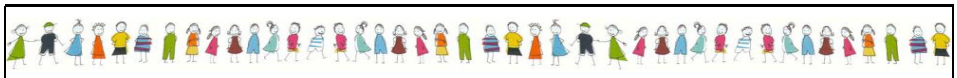
Dados epidemiológicos

✓ É difícil dizer qual a frequência dos acidentes, pois não são de declaração obrigatória, o que nos deixa a incerteza acerca da verdadeira amplitude e gravidade deste problema.

✓ Os dados apresentados representam apenas a *"ponta do iceberg"* do volume total de acidentes.

HONÓRIO; MARTINS (2002)

Unidade de Saúde Familiar Gama



Dados epidemiológicos

✓ Em Portugal os acidentes rodoviários representam 39% do total de mortes infantis por acidente.

✓ Na união Europeia morrem mais crianças por acidentes do que por doenças infantis – os acidentes rodoviários estão na origem de 34% destas mortes.

✓ A APSI realizou um estudo de observação em que verificou:

✓ Dos 0 aos 3 anos – 37% viajam à solta ou ao colo;

✓ Dos 4 aos 12 anos – 70% eram transportados sem qualquer protecção

(PORTUGAL, 2009)

Unidade de Saúde Familiar Gama



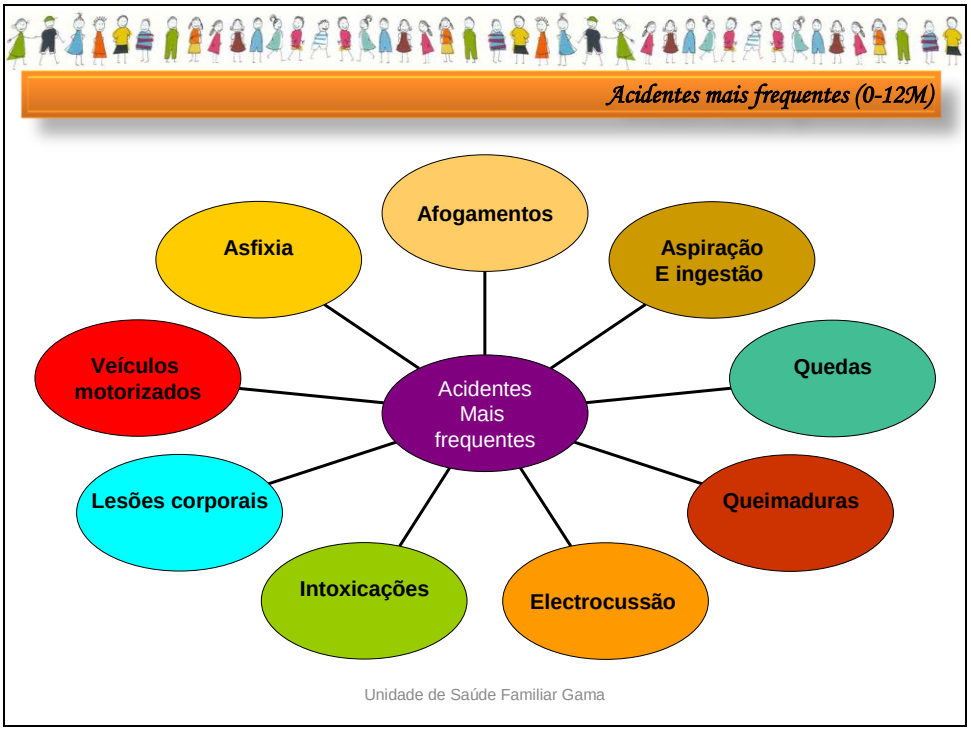
Dados epidemiológicos

De acordo com os <u>dados epidemiológicos</u> mais actuais, conclui-se que:

- As crianças dos 0 aos 4 anos são o grupo etário com **maior risco de acidente;**
- O recurso aos serviços de saúde por acidentes domésticos e de lazer, assim como os mais graves, que requerem **internamento hospitalar**, acontecem com maior frequência nessa faixa etária;
- **Não tem havido um decréscimo nítido dos acidentes nessas crianças;**
- Para além disso, esta faixa etária foi definida como uma **área prioritária pelo Plano de Acção para a Segurança Infantil**.

(PORTUGAL, 2010)

Unidade de Saúde Familiar Gama


Acidentes mais frequentes (0-12M)
Afogamentos
Asfixia
Aspiração
E ingestão
Veículos
motorizados
Acidentes
Mais
frequentes
Quedas
Lesões corporais
Queimaduras
Intoxicações
Electrocussão
Unidade de Saúde Familiar Gama


Acidentes mais frequentes (0-12M)
Como podemos evitar alguns acidentes ?
Unidade de Saúde Familiar Gama

Asfixia (0-3M)

Acidentes mais frequentes

- **Berço** - Deve obedecer ás normas CE;
  - Distância entre barras inferior a 6cm.



- *Protecção almofadada* - deve estar bem presa de forma a não tombar sobre o bebé;
- *Colchão* – deve estar adaptado ao tamanho da cama e deve ser duro;
- *Roupa da cama* – não deve estar apertada, não deve ser muito pesada e não deve cobrir a cabeça do bebé;
- *Almofadas* – não se devem usar.

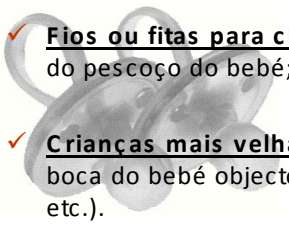
Unidade de Saúde Familiar Gama

Asfixia (3-6M)

Acidentes mais frequentes



- **Cama dos pais** – evitar dormir com o bebé;
- **Babetes** – devem ser retirados após utilização;



- **Fios ou fitas para chuchas** – não devem ser colocadas á volta do pescoço do bebé;
- **Crianças mais velhas** – vigiar a eventualidade de colocarem na boca do bebé objectos pequenos (ex. rebuçados, brinquedos etc.).



Unidade de Saúde Familiar Gama

Asfixia (3-6M)

Acidentes mais frequentes

Todas as recomendações anteriores devem estar presentes nesta etapa do desenvolvimento



✓**Sacos de plástico**

- nunca devem ser dados á criança;
- após a sua utilização e antes de os inutilizar, dar-lhes um nó.

Unidade de Saúde Familiar Gama

Asfixia (6 – 12M)

Acidentes mais frequentes

Todas as recomendações anteriores devem estar presentes nesta etapa do desenvolvimento

✓ **Portas de equipamentos**

- As portas dos fornos, frigoríficos, máquinas da roupa e da louça devem estar sempre fechadas;
- Equipamentos fora de uso, devem ser retiradas a[illegible] colocados fechos de segurança.



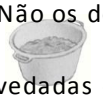
Unidade de Saúde Familiar Gama

Afogamentos (0 - 12M)

Acidentes mais frequentes



- ✓ **Água do banho**
  - Nunca deixar o bebé sozinho na banheira, mesmo com água rasa, uns segundos bastam para que se afogue;
  - Colocar protecção antiderrapante na banheira e colocar a tampa fora do alcance da criança.
- ✓ **Baldes ou alguidares** -Não os deixar com água colocados no chão.
- ✓ **Piscinas** – devem estar vedadas com barreiras não escaláveis, transparentes, com pelo menos 110cm de altura, de forma a impedir que a criança tenha acesso á agua.
- ✓ **Praias, lagoas e lagos** – manter a criança sob vigilância, usar braçadeiras de cor garrida com válvulas anti-esvaziantes.





Unidade de Saúde Familiar Gama

Aspiração (0 – 3M)

Acidentes mais frequentes

- ✓ **Aleitamento** - O bebé não deve ficar sozinho com o biberão ;
  - *Tetina do biberão* – não deve ser alargada;
  - *Posição para o aleitamento* – ao ser alimentado o bebé deve estar ao colo de preferência sentado;
  - *Arrotar* – tentar sempre que possível, que o bebé liberte o ar que ingeriu;
  - *Bolsar ou vomitar* – quando deitado, utilizar um plano inclinado.



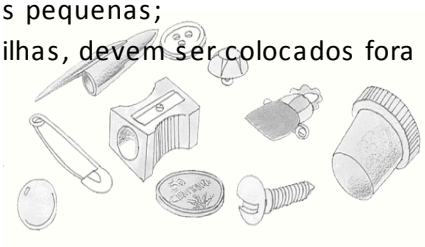
Unidade de Saúde Familiar Gama

Aspiração (3– 6M)

Acidentes mais frequentes

Todas as recomendações anteriores devem estar presentes nesta etapa do desenvolvimento

- ✓ **Objectos pequenos**
  - Manter botões bem presos ao vestuário;
  - Retirar qualquer objecto pequeno da área de visão do bebé;
  - A chucha deve ser constituída por uma só peça;
  - Evitar brinquedos com peças pequenas;
  - Pilhas ou brinquedos com pilhas, devem ser colocados fora do alcance do bebé.



Unidade de Saúde Familiar Gama

Aspiração (3 – 6M)

Acidentes mais frequentes

Todas as recomendações anteriores devem estar presentes nesta etapa do desenvolvimento

- ✓ **Balões** – podem rebentar e pequenos fragmentos podem ser engolidos pelo bebé.



- ✓ **Alimentos**
  - Papas, purés de legumes ou frutas devem ser bem passados;
  - Atenção ás espinhas do peixe;
  - Atenção aos caroços e grainhas da fruta;
  - Não deixar o bebé a beber o biberão sozinho.



- ✓ **Anéis, pulseiras, etc.** – ao levar as mãos à boca podem ser engolidos.

Unidade de Saúde Familiar Gama

Aspiração (6 – 12M)

Acidentes mais frequentes

Todas as recomendações anteriores devem estar presentes nesta etapa do desenvolvimento

- ✓ **Alimentos**
  - não dar, e colocar fora do alcance da criança legumes secos e frutos secos pequenos;
  - Atenção a pedaços demasiado grandes de alimentos sólidos;



Unidade de Saúde Familiar Gama

Quedas (0 – 3M)

Acidentes mais frequentes

- ✓ **Superfícies Altas**
  - nunca deixar o bebé sozinho em cima de superfícies de onde possa cair;
  - Manter sempre a mão em cima do bebé enquanto está a mudar a fralda.



Unidade de Saúde Familiar Gama

Quedas (0 – 3M)

Acidentes mais frequentes

✓**Cadeira de transporte**

φCertificar-se de que o local onde a coloca é estável;

φNão a colocar em cima de cadeiras, bancos ou sofás;

φUtilizar sempre o cinto de segurança da cadeira e do carro.



Unidade de Saúde Familiar Gama

Quedas (0 – 3M)

Acidentes mais frequentes

✓ **Carrinho de passeio**

Deve estar sempre travado;

Não deve ter colocado peso nas pegas.

✓ **Berço** - Manter as grades elevadas.

✓ **Crianças mais velhas**

Evitar que levantem, segurem ou transportem os bebés, se ainda não tiverem força ou destreza para tal.



Unidade de Saúde Familiar Gama

Quedas (3 – 6M)

Acidentes mais frequentes

Todas as recomendações anteriores devem estar presentes nesta etapa do desenvolvimento



- ✓ **Berço** – as grades devem ser colocadas na altura máxima.
- ✓ **Superfícies altas** – não deixar o bebé em cima da cama dos pais, mesa ou sofá, nem por um segundo.

Quedas (6 – 12M)

Acidentes mais frequentes

Todas as recomendações anteriores devem estar presentes nesta etapa do desenvolvimento



✓**Andarilhos** – as crianças ficam sujeitas a quedas devido á velocidade que atingem e aos obstáculos que possam encontrar no seu percurso.

Unidade de Saúde Familiar Gama

Quedas (6 – 12M)

Acidentes mais frequentes

- ✓ **Escadas** – proteger as escadas com cancelas no primeiro e último degrau;
- – O gradeamento lateral da escada deve também ser protegido, caso constitua risco de queda.







- ✓ **Sapatos** – devem ter os atacadores sempre apertados e ter o tamanho adequado ao pé da criança.

Unidade de Saúde Familiar Gama

Quedas (6 – 12M)

Acidentes mais frequentes

Janelas, portas e varandas

- bloquear as janelas com limitadores de abertura de forma a não abrirem mais de 10cm, assim como as portas que possam dar acesso a locais perigosos;
- Afastar qualquer móvel que permita a criança subir ou debruçar-se;
- Colocar protecções não escaláveis nas varandas com pelo menos 110cm de altura.



Unidade de Saúde Familiar Gama

Queimaduras (0– 3M)

Acidentes mais frequentes

- ✓ **Água do banho** – verificar sempre a sua temperatura.
- ✓ **Biberão** – verificar sempre a temperatura do leite antes de o oferecer á criança.
- ✓ **Líquidos quentes** – não ter o bebé ao colo quando está a beber líquidos quentes (ex. chá, café ou sopa) e, não cozinhar com o bebé ao colo.
- ✓ **Saco de água quente** – se for utilizado para aquecer a cama do bebé deve ser retirado antes de deitar o bebé.





Unidade de Saúde Familiar Gama

Queimaduras (0– 3M)

Acidentes mais frequentes

- ✓ **Sol** – a pele das crianças é mais fina e sensível, pelo que mesmo um curto período de exposição solar pode resultar em queimaduras graves.



- ✓ **Calor**
  - quando o calor é intenso o bebé deve estar em locais frescos;
  - Nunca deixar o bebé dentro de um carro estacionado;
  - Verificar a temperatura do cinto de segurança e da cadeira antes de sentar o bebé.

Unidade de Saúde Familiar Gama

Queimaduras (3– 6M)

Acidentes mais frequentes

Todas as recomendações anteriores devem estar presentes nesta etapa do desenvolvimento



- ✓ **Aquecedores ou radiadores** – nunca devem ser colocados junto da cama ou cadeira do bebé.
- ✓ **Objectos incandescentes** - velas, brasas, cigarros acessos e cinza de cigarros devem ser mantidos afastados do bebé.



- ✓ **Alimentos** – verificar sempre a temperatura antes de oferecer ao bebé (ATENÇÃO microondas).

Unidade de Saúde Familiar Gama

Queimaduras (6– 12M)

Acidentes mais frequentes

Todas as recomendações anteriores devem estar presentes nesta etapa do desenvolvimento

✓**Aquecedores e lareiras**
colocar protecção á volta, que seja fixa e estável.



✓**Fogão**



- Nunca cozinhar com a criança ao colo;
- As pegas das frigideiras e tachos devem estar voltadas para dentro;
- Fósforos e isqueiros não devem estar ao alcance da criança.

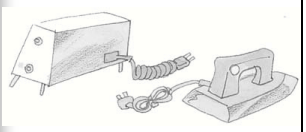
Unidade de Saúde Familiar Gama

Queimaduras (6– 12M)

Acidentes mais frequentes

✓ **Ferros de engomar, torradeiras, grelhador etc...**
- Devem ser colocados em locais que a criança não tenha acesso nem consiga puxar o fio;
- Enrolar o fio imediatamente após a sua utilização;
- Estar vigilante durante e após a sua utilização.

✓ **Sol** - nunca esquecer o protector solar, chapéu de abas largas e T-shirt.



Unidade de Saúde Familiar Gama

Electrocussão (6 -12M)

Acidentes mais frequentes

- ✓ **Tomadas** devém estar tapadas, com protectores ou com móveis, de modo a que a criança não coloque os seus dedos ou objectos pontiagudos.





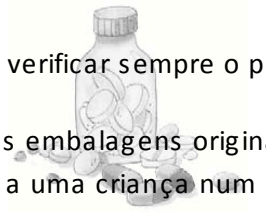


Unidade de Saúde Familiar Gama

Intoxicações (0 – 3M)

Acidentes mais frequentes

- ✓ **Medicamentos**
  - Antes de dar qualquer medicamento verificar sempre o prazo de validade, o rótulo e a dosagem;
  - Manter sempre os medicamentos nas embalagens originais;
  - Nunca administrar um medicamento a uma criança num lugar escuro;
  - Nunca administrar um medicamento sem prescrição médica.



- ✓ **Esquentador** – não deve estar colocado na casa de banho.

Unidade de Saúde Familiar Gama

Intoxicações (3 – 6M)

Acidentes mais frequentes

Todas as recomendações anteriores devem estar presentes nesta etapa do desenvolvimento

✓ **Medicamentos** - não os deixar ao alcance da criança e não deixar que a criança brinque com embalagens vazias de remédios.

✓ **Detergentes** – devem estar colocados em sitios altos e não deixar que a criança brinque com embalagens vazias.





Unidade de Saúde Familiar Gama

Intoxicações (6 – 12M)

Acidentes mais frequentes

Todas as recomendações anteriores devem estar presentes nesta etapa do desenvolvimento

✓ **Medicamentos**

- Após administração devem ser guardados fora do alcance da criança;
- Não se deve dizer á criança que o xarope é um doce.

✓ **Cigarros**

- Não fumar ao pé do bebé, pois este também inspira o fumo.



Unidade de Saúde Familiar Gama

Intoxicações (6 -12M)

Acidentes mais frequentes

- detergentes (lixívias, adubos para plantas, naftalina, sprays etc.)
  - Manter sempre os produtos químicos em segurança, rotulados e devidamente fechados em armários longe do olhar e do alcance das crianças;
  - O mesmo procedimento se deve ter em relação aos perfumes colónias e loções para a barba;
  - Nunca colocar detergentes em garrafas de refrigerantes ou de outras bebidas, nem em caixas que sirvam para colocar alimentos.



Unidade de Saúde Familiar Gama

Lesões corporais (0 - 3M)

Acidentes mais frequentes

- **Objectos pontiagudos** – não os deixar junto da criança (ex. alfinetes de ama, tesouras).



- **Anéis, fios, pulseiras e pendentes** – podem magoar, vincar, ferir ou cortar a pele do bebé.

Unidade de Saúde Familiar Gama

Lesões corporais (3 - 6M)

Acidentes mais frequentes

Todas as recomendações anteriores devem estar presentes nesta etapa do desenvolvimento

- ✓ **Objectos pontiagudos** – atenção aos talheres, lápis, esferográficas etc. não devem estar ao alcance das crianças.



- ✓ **Candeeiros** – afastá-los de zonas onde o bebé tenha acesso aos fios.





Unidade de Saúde Familiar Gama

Lesões corporais (6 -12M)

Acidentes mais frequentes

Todas as recomendações anteriores devem estar presentes nesta etapa do desenvolvimento

- ✓ **Talheres e ferramentas** – devem ser guardados fora do alcance da criança e não devem ser abandonados em lugar acessíveis à criança.

- ✓ **Copos e pratos** – devem ser de materiais inquebráveis.





Unidade de Saúde Familiar Gama

Lesões corporais (6 -12M)

Acidentes mais frequentes

- ✓ **Brinquedos** – não devem ter arestas que possam cortar, perfurar ou picar.
- ✓ **Animais** – podem tornar-se agressivos quando incomodados pelas crianças. Atenção aos parasitas – pulgas e carraças.
- ✓ **Vidros de portas e janelas** – se estiverem ao alcance da criança, deve ser colocado material adesivo anti-estilhaço.



Unidade de Saúde Familiar Gama

Lesões corporais (6 -12M)

Acidentes mais frequentes

✓**Toalhas de mesa**

♪ Não devem exceder o tamanho do tampo da mesa.



✓**Móveis, televisores, etc.**

♪ Colocar nas esquinas protectores de borracha ou de plástico arredondados;

♪ As estantes ou objectos pesados devem ser fixados de forma a não caírem sobre a criança;



♪ As gavetas devem ter sistemas de retenção de fecho.

Unidade de Saúde Familiar Gama

Veículos motorizados (0-12M)

Acidentes mais frequentes

✓ **Transporte da criança**

- Devem ser sempre transportadas num sistema de retenção apropriada ao seu peso e idade, logo desde a saída da maternidade e até atingirem a idade de 12 anos ou 1,50m de altura ou 36Kg de peso.





Unidade de Saúde Familiar Gama

Veículos motorizados (0-12M)

Acidentes mais frequentes

Transporte da criança

A cadeira de transporte deve ser correctamente instalada no veiculo automóvel e até aos 18 meses, a criança deverá viajar voltada para trás num lugar sem airbag.
Não colocar o carro em andamento sem verificar se a criança está devidamente fixa na cadeira de transporte.





Unidade de Saúde Familiar Gama

Veículos motorizados (0-12M)

Acidentes mais frequentes

✓ **Transporte da criança**

- Num acidente de viação as crianças são mais vulneráveis do que os adultos. Mais pequenas e mais leves, são mais facilmente projectadas quer no interior do carro quer para fora dele;
- A cabeça é proporcionalmente maior e mais pesada em relação ao corpo o que provoca o chamado *"efeito bala"*;
- **A maioria dos acidentes acontece perto de casa, a velocidades inferiores 45 km/hora em trajectos habituais.**

✓ **Carrinho do bebé** – nunca devem ser colocados atrás de carros estacionados.

Unidade de Saúde Familiar Gama

Acidentes mais frequentes

ALGUNS DISPOSITIVOS DE SEGURANÇA

Unidade de Saúde Familiar Gama



Unidade de Saúde Familiar Gama



Unidade de Saúde Familiar Gama

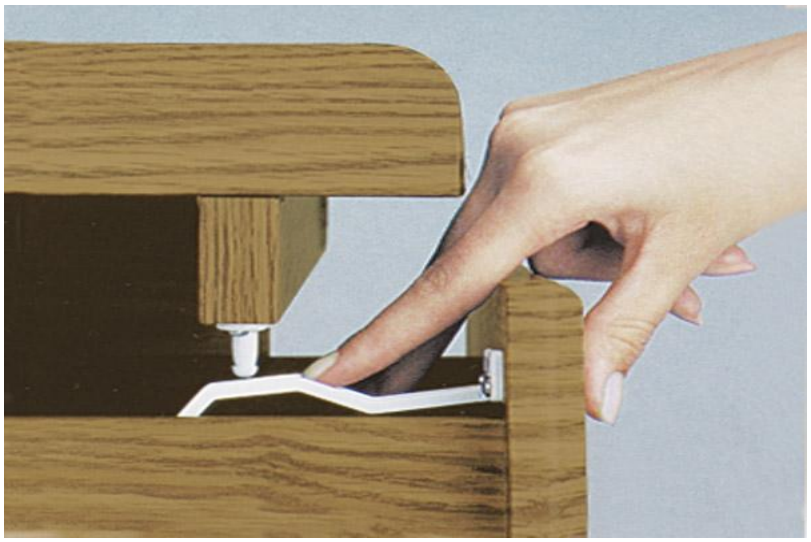




Unidade de Saúde Familiar Gama



Unidade de Saúde Familiar Gama



Unidade de Saúde Familiar Gama

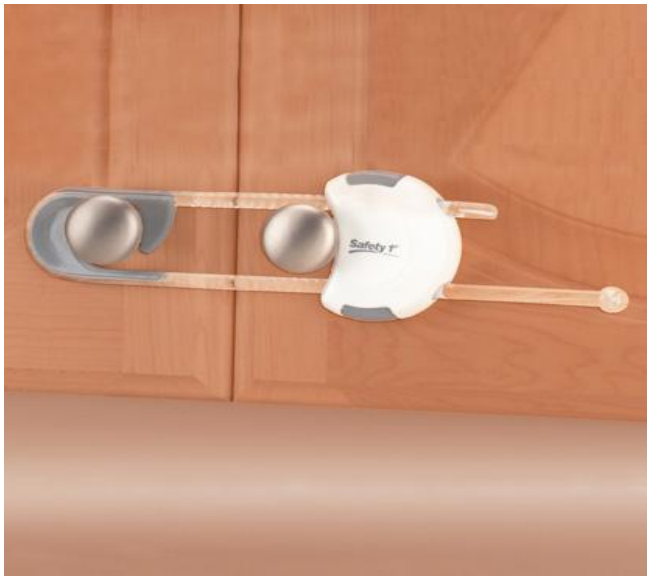


Unidade de Saúde Familiar Gama

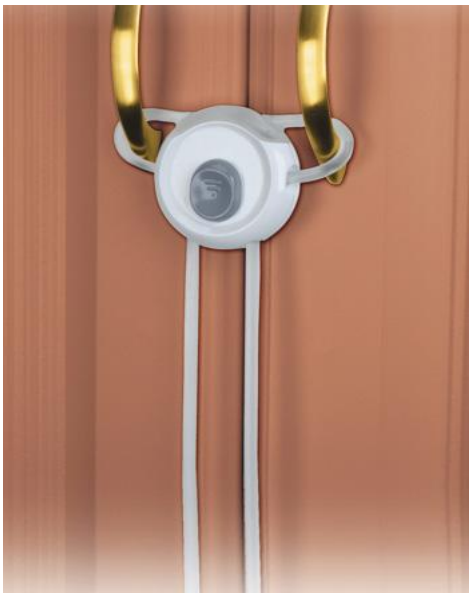


Unidade de Saúde Familiar Gama

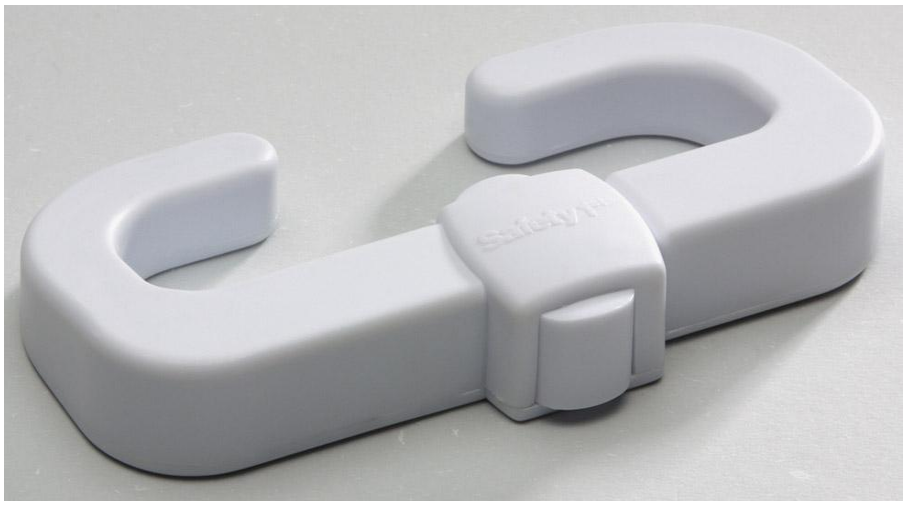




Unidade de Saúde Familiar Gama



Unidade de Saúde Familiar Gama



Unidade de Saúde Familiar Gama



Unidade de Saúde Familiar Gama





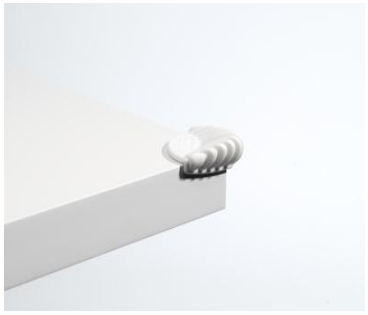
Unidade de Saúde Familiar Gama



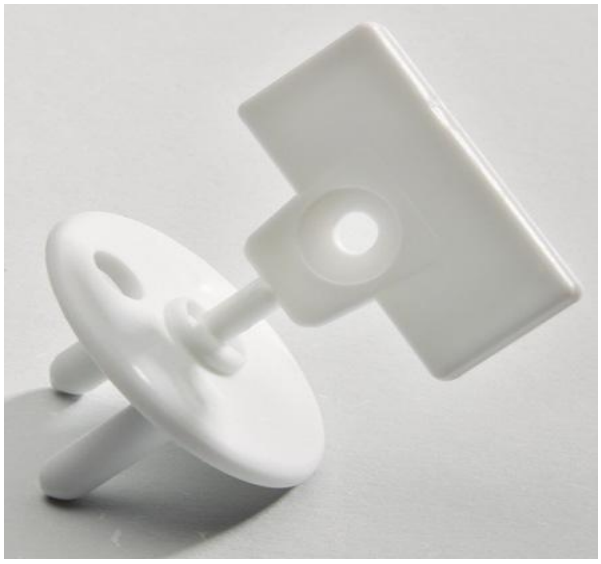


Unidade de Saúde Familiar Gama





Unidade de Saúde Familiar Gama



Unidade de Saúde Familiar Gama



Unidade de Saúde Familiar Gama





Unidade de Saúde Familiar Gama



Para Concluir…

✓**Respeite** a liberdade, curiosidade e características do desenvolvimento da criança…

✓Estabeleça regras de modo a orientar a sua exploração do meio. **Dê reforços e exemplos positivos**, dizendo à criança o que poderá fazer…

✓**Esteja por perto** … ou delegue esta função noutra pessoa adulta…

✓Forneça-lhe um ambiente **estimulante, acolhedor e seguro**… sinal do seu **amor** por ela…



Unidade de Saúde Familiar Gama



Contactos de Emergência

-Número Nacional de Socorro - 112

-Saúde 24 – 808 24 24 24

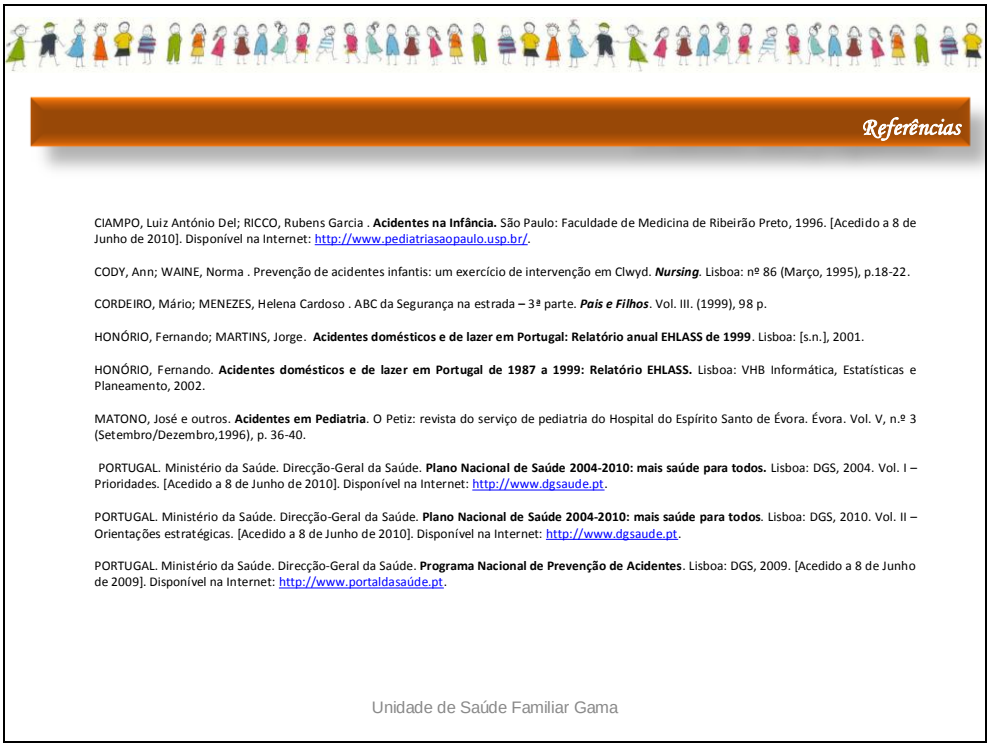
-SOS Criança – 800 202 651

-Linha para Crianças desaparecidas – 1410-116 000

-APSI – 21 884 41 00

-CIAV – 808 250 143

Unidade de Saúde Familiar Gama


Referências
CIAMPO, Luiz António Del; RICCO, Rubens Garcia . **Acidentes na Infância.** São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 1996. [Acedido a 8 de Junho de 2010]. Disponível na Internet: http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/.
CODY, Ann; WAINE, Norma . Prevenção de acidentes infantis: um exercício de intervenção em Clwyd. ***Nursing***. Lisboa: nº 86 (Março, 1995), p.18-22.
CORDEIRO, Mário; MENEZES, Helena Cardoso . ABC da Segurança na estrada – 3ª parte. ***Pais e Filhos***. Vol. III. (1999), 98 p.
HONÓRIO, Fernando; MARTINS, Jorge. **Acidentes domésticos e de lazer em Portugal: Relatório anual EHLASS de 1999**. Lisboa: [s.n.], 2001.
HONÓRIO, Fernando. **Acidentes domésticos e de lazer em Portugal de 1987 a 1999: Relatório EHLASS.** Lisboa: VHB Informática, Estatísticas e Planeamento, 2002.
MATONO, José e outros. **Acidentes em Pediatria**. O Petiz: revista do serviço de pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora. Évora. Vol. V, n.º 3 (Setembro/Dezembro,1996), p. 36-40.
PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos.** Lisboa: DGS, 2004. Vol. I – Prioridades. [Acedido a 8 de Junho de 2010]. Disponível na Internet: http://www.dgsaude.pt.
PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Lisboa: DGS, 2010. Vol. II – Orientações estratégicas. [Acedido a 8 de Junho de 2010]. Disponível na Internet: http://www.dgsaude.pt.
PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Programa Nacional de Prevenção de Acidentes**. Lisboa: DGS, 2009. [Acedido a 8 de Junho de 2009]. Disponível na Internet: http://www.portaldasaúde.pt.
Unidade de Saúde Familiar Gama

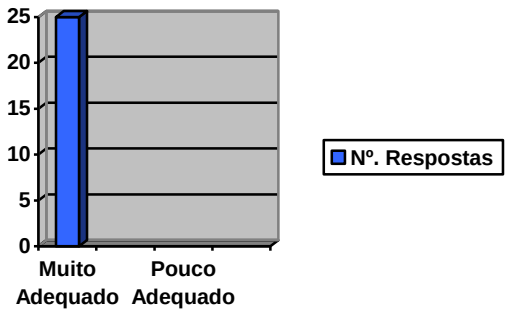

USF Gama
Centro Saúde
Torres Vedras
Obrigado!

4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Participantes: 25 pais de crianças no 1º. ano de vida

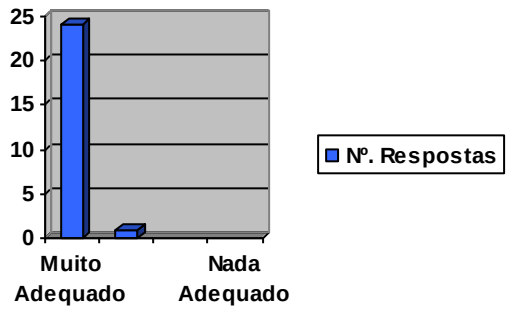
Questão nº.1 – Como avalia o tema apresentado na sessão?

Tema	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. Respostas	25				25



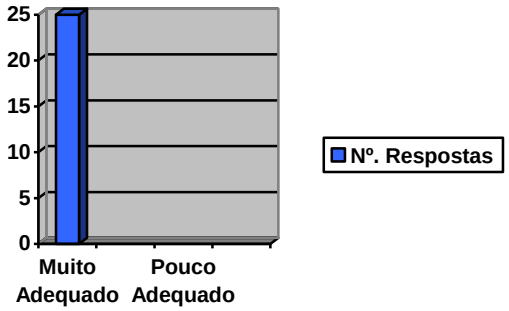
Questão nº. 2 – Como avalia a metodologia utilizada na sessão?

Metodologia	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. Respostas	24	1			25



Questão nº.3 – Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?

Metodologia	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. Respostas	25				25



Questão nº. 4 – Sugestões/Comentários

- "*Considero importante este tipo de formações"*
- "*É muito importante assistir a estas formações, acessíveis a todos"*
- *"Obrigado pela vossa preocupação com os nossos filhos"*

ANEXOS

Anexo 1 – Convite para a Sessão de Formação

Aos Papás

E porque zelar pela Segurança do Vosso Filho é uma dádiva de AMOR...



...Convidamo-vos a estar presentes na sessão de Formação sobre

PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO 1º ANO DE VIDA

Data: **15 Junho 2010**

Local: **Centro Saúde Torres Vedras - USF Gama (sala de reuniões)**
Hora: **18h**

Prelectora: Enfª Sónia Patrício
(mestranda em Enfermagem na área Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa, sob Orientação de Enfª Emília Soveral)

Anexo VI

Artigo *"Por uma Parentalidade Positiva" – Uma Estratégia de Intervenção em Enfermagem*

Por uma Parentalidade Positiva

- Uma estratégia de Intervenção em Enfermagem -

A Positive Parenting – a Stategy of Nursing Intervention

S. Patrício *

Enfermeira - Mestranda em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).

M. Lourenço

Professora Coordenadora da Unidade Curricular – Enfermagem de Saúde Infantil, no Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).

E. Nunes

Professora Orientadora da Unidade Curricular – Estágio, do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria – Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).

* *e-mail*: soniapatricio2002@hotmail.com

RESUMO

A Parentalidade Positiva confere uma enorme responsabilidade aos pais na manutenção de um ambiente familiar acolhedor, seguro e de empenho mútuo por parte de todos os membros da família, com vista à protecção dos riscos na criança e à promoção do seu Desenvolvimento Harmonioso. Dentro das suas competências, os enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, devem promover estratégias que visem o *empowerment* dos pais, como forma de garantir as condições necessárias ao exercício da sua missão enquanto progenitores, na educação e no cuidado às crianças.

Este artigo pretende apresentar um Curso para Pais, como uma estratégia possível de intervenção em Enfermagem para a promoção do desenvolvimento de competências parentais positivas.

Palavras – Chave: Parentalidade Positiva; *empowerment*; estratégia, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; necessidades de aprendizagem; educação parental.

ABSTRACT

Positive Parenting gives parents great responsibility in keeping a safe and warm family atmosphere with the commitment of all of the family members towards protecting the child his development in harmony. The specialist paediatric nurse should promote strategies to give empowerment to the parents, so that they can guarantee the necessary conditions to complete their mission in educating and bringing up their children.

This article presents the Parents course as a possible strategy in nursing intervention to promote the development of positive parenting.

Keywords: *Positive Parenting; empowerment; Peadiatric nursing; learning needs; parent education.*

* *e-mail*: soniapatricio2002@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Família constitui o alicerce fundamental que dá suporte ao que somos e ao que fazemos ao longo de toda a nossa vida. Constitui o principal núcleo cuidador e educativo, sendo o seu papel de extrema importância no desenvolvimento harmonioso das crianças[1].

No seio da dinâmica familiar, a parentalidade, como "*acção de (…) assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai (…)*"[2], pode ser entendida como um processo de adaptação dos pais ao seu novo papel, pela responsabilidade de gestão das respostas da criança, nas suas próprias respostas e da família. É porventura uma das tarefas mais desafiantes da vida adulta!

As preocupações ligadas à actual realidade onde crescem e são educadas as crianças, levaram o Conselho da Europa a reunir consensos na Conferência "*Changes in Parenting: Children Today, Parents Tomorrow"* em Estrasburgo (2006). Nela foram realçadas a importância da existência de um ambiente harmonioso, estável e positivo, onde quer os pais, quer as próprias crianças encontrem um espaço próprio e sejam amados e reconhecidos[1]. Neste contexto, torna-se necessária uma nova atitude no relacionamento dos pais com os seus filhos, bem como novas exigências no exercício das responsabilidades parentais; uma atitude que reconheça a criança como Pessoa que tem necessidades e opiniões, que a estruture, responsabilize e que a valorize, ajudando-a a adquirir auto-estima e bem-estar.

Desta forma, um novo conceito surgiu…a Parentalidade Positiva. Pode ser definido como "um *comportamento parental baseado no Superior Interesse da Criança (…) afectuoso e não violento (…) fundado no respeito pelos seus direitos, que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas, através da protecção dos riscos e da criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia*"[1]. Esta definição foi apoiada em estudos recentes, tais como os de Mesman et al (2007)[3] e Van IZjedoorn et al (2006)[4], que demonstram a evidência do comportamento da criança, mais seguro, sem agressividade e mais resiliente, quando inseridas em ambientes equilibrados, não agressivos e de interacção de qualidade com os seus progenitores.

Subjacentes ao conceito de Parentalidade Positiva, foram elaboradas diferentes Recomendações pelo Conselho da Europa[1], baseadas na Convenção dos Direitos da Criança (1989)[5] e noutros documentos oficiais que conferem uma enorme responsabilidade à protecção, respeito pela criança e importância de um ambiente familiar acolhedor, seguro, de empenho mútuo por parte de todos os membros. São elas: o *compromisso*[1] (os pais devem comprometer-se a proporcionar cuidados e atenção regular e personalizada às suas crianças); a *disciplina assertiva*[1] (os pais devem educar as suas crianças aplicando uma disciplina compreensiva e compassiva, sem violência de qualquer tipo, abolindo os castigos corporais); *o ambiente emocional*[1] (os pais devem assegurar às suas crianças um ambiente de apreço e reconhecimento); o *ambiente físico*[1] (os pais devem promover um ambiente físico saudável e organizado, que garanta as condições de segurança e de salubridade necessárias ao desenvolvimento integral da criança); o *sentido de inclusão na família*[1] (os pais devem assegurar o sentimento de pertença e o direito à participação na vida familiar); a *confiança mútua*[1] (pais e criança devem-se olhar mutuamente como Seres Humanos e criar uma relação de proximidade); os *exemplos positivos*[1] (os pais deverão constituir-se como modelos emocionais positivos para as crianças, transmitindo aos seus filhos, pensamentos e comportamentos emocionalmente saudáveis); e a *orientação e instrução*[1] (os pais devem desenvolver permanentemente as suas competências parentais, com o intuito de definirem objectivos motivadores para as crianças, relativamente à sua autonomia e responsabilização).

Por sua vez, as Recomendações enunciadas, deram origem a Princípios, que se traduzem em políticas de apoio parental, em mecanismos incentivadores do potencial natural dos pais e do desenvolvimento das suas competências parentais, a que os profissionais que lidam directamente com crianças e seus pais não podem ficar indiferentes.

Assim, urge a necessidade de programas de educação parental definidos como um "*conjunto de actividades educativas e de suporte que ajudem os pais a compreenderem as suas próprias necessidades sociais, emocionais, psicológicas e físicas, bem como as dos*

seus filhos, aumentando a qualidade das relações entre eles"[6], sendo uma importante chave para a preservação familiar. Experiências semelhantes ao programa "*Triple P*" (*Positive Parenting Program*) descrito por Juffer et al (2008)[7], ilustram o impacto que a frequência de sessões de educação parental, baseadas sobretudo no modo como os pais podem lidar com as características inerentes ao desenvolvimento da criança e com problemas familiares que a afectam (como o divórcio), tem na construção de um ambiente familiar saudável e de crianças socialmente responsáveis e emocionalmente estáveis.

Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a filosofia dos cuidados centra-se na família, com vista ao seu envolvimento nas tomadas de decisão, baseada numa parceria entre família e enfermeiro. Os pais são ainda considerados os melhores prestadores de cuidados à criança[8]. Assim, o *"empowerment"*[1] dos pais, através da criação de oportunidades e meios adequados ao desenvolvimento das suas competências parentais, bem como a potencialização da interacção entre profissionais de saúde e famílias, como suporte da sua intervenção no cuidado à criança, torna-se premente na promoção da saúde infantil e na prevenção da doença ou disfunções na criança.

Também o Modelo de Desenvolvimento Profissional apresentado pela Ordem dos Enfermeiros (2009), refere que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria *"desenvolve ensino, instrução e treino especializado às crianças e famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos de saúde e doença"*[9]. Assim, ao agir de acordo as suas competências especializadas, o enfermeiro deve possuir como actuação prioritária, a estimulação e valorização do papel dos pais, aumentando os seus conhecimentos e potenciando as suas capacidades, para o harmonioso desempenho das suas funções, como principais cuidadores e educadores dos seus filhos. Em todo este processo, cabe ao enfermeiro o papel de educador, parceiro, facilitador, conselheiro e, acima de tudo, representante e defensor máximo dos Direitos da criança e família ao mais alto nível de Saúde e Desenvolvimento, previsto pela Organização Mundial de Saúde (1986)[10].

De acordo com todas estas premissas, este artigo pretende apresentar uma estratégia de intervenção em Enfermagem, como contributo para a promoção do desenvolvimento de competências parentais positivas. Inicialmente far-se-á referência ao diagnóstico de necessidades realizado, integrando a metodologia, resultados e discussão. Posteriormente apresentar-se-á a estrutura de um Curso para Pais, como estratégia de Enfermagem referida e, as considerações finais sobre a importância da mesma, num contexto da prática e no âmbito da Parentalidade Positiva.

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

A implementação de um Curso para Pais foi uma estratégia pensada e direccionada para a prática, no sentido de contribuir para a melhoria da Qualidade dos cuidados prestados. Nasceu de uma necessidade sentida por parte das enfermeiras responsáveis pelo Programa de Saúde Infantil de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) de um Centro de Saúde integrado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Região Oeste Sul. Esta necessidade prendeu-se com as limitações temporais das consultas de Enfermagem, que impedem o desenvolvimento dos diferentes temas de saúde infantil, recomendados no Programa - tipo de actuação de Saúde Infantil e Juvenil elaborado pela Direcção Geral de Saúde (2005)[11]. Estes temas são, indiscutivelmente, necessários ao apoio e capacitação dos pais no cuidado à criança, sobretudo no 1º ano de vida, que tal como refere Brazelton (2009)[12], constitui um ponto de referência para a vida futura.

Ainda, segundo a Coordenadora de Enfermagem e as Enfermeiras Responsáveis pelo Programa de Saúde Materna, fazia todo o sentido incluir no curso os *"casais grávidos*" a partir do 2º trimestre da gravidez, o que vai ao encontro do que refere Berman (2006) [13], quando aponta as necessidades de aprendizagem, nesta etapa da gravidez, relacionadas com os cuidados ao bebé.

Metodologia

Como forma de adequar o curso às necessidades da população a que se destina, foi aplicado um questionário estruturado, constituído por uma primeira parte destinada à caracterização da amostra e, uma segunda parte ao diagnóstico de

necessidades de aprendizagem e opiniões sobre a pertinência do curso, a preencher por ambos os elementos do casal. As 11 questões, compostas pelas diferentes temáticas incluídas nas orientações técnicas para o 1º ano de vida, da Direcção Geral de Saúde no Programa - tipo de Saúde Infantil e Juvenil (2005)[11], continham 4 opções de resposta, de acordo com a escala: *1-Muito;2-Bastante;3-Pouco;4-Nada*. Desta forma, pretendia-se identificar a importância das temáticas para a população. Incluiu-se ainda uma questão aberta destinada a Sugestões de temas a incluir no curso.

Todo este diagnóstico teve o parecer favorável do Coordenador da Unidade de Saúde Familiar, bem como o consentimento informado das famílias que nele participaram.

Numa primeira fase, foi feito um levantamento de todos os "*casais grávidos"* a partir do 2º trimestre da gravidez e de todos os pais de crianças no 1º ano de vida, seguidos nas Consultas de Saúde Materna e Infantil, respectivamente. De seguida, foi realizado um pré-teste do questionário a um dos dois tipos de casais, de forma a identificar incorrecções ou dúvidas perante o preenchimento do mesmo.

Foram enviados durante a 1ª quinzena de Maio, via postal, a todos os "*casais grávidos*" a partir do 2º trimestre da gravidez e a todos os pais de crianças no 1º. ano de vida, um total de 91 questionários . Após recolha dos mesmos até à data limite, os dados foram tratados estatisticamente no programa *Excel da Microsoft Windows 2007*.

Resultados

Foram devolvidos 52 questionários, o que corresponde a 57% da população, considerando-se uma amostra representativa da mesma.

Os dados da amostra indicam que a média de idades por parte das mães é de 28,6 anos de idade e de 32,6 anos de idade por parte dos pais. A maior percentagem de casais encontra-se no estado civil de casados (73%) e na sua escolaridade predomina o ensino preparatório (41%) para os homens e o ensino secundário (58%) para as mulheres.

Do total de questionários recebidos, 29% correspondem a "*casais grávidos*", dos quais 25% vão ser pais pela primeira vez e, 71% correspondem a pais de crianças no 1º ano de vida, dos quais 52% são pais de

apenas um filho e 23% possuem outros filhos, para além da criança com menos de 1 ano de idade seguida na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil.

No que se refere à primeira questão relacionada com a importância do curso, a resposta "*sim*" obteve 100%, pelo que se pode depreender que a implementação deste curso bastante pertinente.

Relativamente às restantes questões, que continham as temáticas a abordar no curso, obtiveram-se as percentagens de resposta *"muito*" expressas no **quadro 1**.

As respostas entre pai e mãe não diferiram, obtendo-se igual percentagem para ambos os elementos do casal.

Pode ainda acrescentar-se que não houve respostas com nível "*pouco*" nem "*nada*". No que se refere aos temas sugeridos, foram apenas dois: *"Importância da Auto-estima na criança"* e *"Papel dos Pais na Educação".*

Discussão

A maior percentagem de questionários entregues poderá estar relacionados com a necessidades de aprendizagem em casais futuros pais e pais de crianças pela 1ª vez. Esta situação vai ao encontro do já referido por Berman (2006)[13] em relação às necessidades de aprendizagem a partir do 2º trimestre da gravidez e, do referido por Svensson (2006)[14] relativamente ao facto das necessidades de aprendizagem referentes aos cuidados ao bebé serem maiores nos casais, pais pela primeira vez. Desta forma, estes aspectos foram tidos como critério de prioridade na admissão ao curso.

A escolaridade dos casais corresponde a um nível médio, que será tido em conta na abordagem das diferentes temáticas.

Perante este diagnóstico, todas as temáticas foram incluídas na estrutura do curso, uma vez que nenhuma delas obteve respostas "*pouco*" ou "*nada*". O facto de lhes ser atribuída maior importância irá constituir um factor de maior desenvolvimento na sua abordagem.

Os temas sugeridos poderão ser incluídos na temática do Desenvolvimento Emocional e Moral, tal como acontece na literatura de Brazelton (2009)[12], sendo, no entanto, mais desenvolvidas as questões da auto-estima e da educação da criança, conforme sugeridas e, que se prendem com as Recomendações da Parentalidade Positiva.

Percentagem de respostas "*muito*"	Temáticas
100%	Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento Emocional e Moral; Segurança/Prevenção de Acidentes na Infância/Actuação perante sinais e sintomas comuns na Infância (febre, obstrução nasal, tosse, vómitos, diarreia) / noções básicas de 1ºs socorros / quando recorrer aos serviços de saúde em situações de saúde/doença.
96%	Direitos e Deveres da Criança, Direitos e Deveres dos Pais, Ser Criança, Ser Pai e Mãe, Recursos de Apoio; Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento Sensorial; Alimentação na Criança.
94%	Higiene e Conforto; Sono e Repouso.
92%	Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento Motor, da Linguagem e Cognitivo.
79%	Compreensão e actuação perante o Desenvolvimento Psicossocial.

Quadro 1 – Distribuição das diferentes temáticas contidas no questionário, pela percentagem de respostas "*muito*" que lhes foi atribuída.

Torna-se importante ressalvar que os dados obtidos, constituíram apenas um contributo para o diagnóstico das necessidades de aprendizagem da população alvo do curso e no contexto em questão, não sendo, por isso, generalizável. O levantamento de necessidades de aprendizagem no âmbito da Parentalidade Positiva, carece de estudos de investigação em Enfermagem, como forma de serem adequadas as respostas às necessidades das pessoas, com rigor e Saber, imprescindível à prática da profissão.

CURSO PARA PAIS Por Ti - PELO SUPERIOR INTERESSE DA CRIANÇA

Após a fase de diagnóstico, foi possível proceder ao planeamento do curso, de acordo com as necessidades da população a que se destina. Esta estratégia consiste num programa de educação parental, que prevê a formação em grupo, podendo constituir uma mais valia no suporte ao exercício da Parentalidade Positiva, obtendo-se maior número de ganhos em saúde, que advêm do ensino, do treino, e da partilha de informação, como formas de desenvolver competências parentais.

Conforme se enuncia de seguida, o curso foi estruturado de acordo com a sequência de parâmetros preconizados pelo Instituto do Emprego e Formação

Profissional (2007)[15], para a implementação de Formações.

Definição da Política de Formação

Objectivos:

•Promover um espaço de reflexão em grupo, com consequente partilha e esclarecimento de dúvidas, receios, sentimentos e expectativas por parte dos *"casais grávidos"* a partir do 2º trimestre da gravidez e pais de crianças no 1º ano de vida;

•Promover o "*empowerment"* em matéria de competências parentais positivas a "*casais grávidos*" a partir do 2º trimestre da gravidez e pais de crianças no 1º ano de vida;

•Fomentar um ambiente de auto-estima, optimismo, segurança, afecto e bem-estar na relação pais - filhos, antes e depois do nascimento.

Resultado esperado:

•Pretende-se fornecer aos destinatários, ferramentas necessárias ao exercício da Parentalidade Positiva, estimulando e reforçando a importância do seu papel fundamental no Superior Interesse da Criança;

•Pretende-se ainda incutir a vivência da parentalidade de forma positiva, calma e tranquila na família, fornecendo-lhes mecanismos de adaptação face ás dificuldades que esta fase da vida possa gerar.

Estratégia de Intervenção:

O curso será ministrado, de forma gratuita e livre, a "*casais grávidos*" a partir do 2º trimestre da gravidez e a pais de crianças no 1º ano de vida, que frequentem as Consultas de Enfermagem de Saúde Materna e Infantil da USF do referido Centro de Saúde.

A frequência do curso pressupõe a leitura de um folheto informativo e o preenchimento da ficha de inscrição nele inserida. Este folheto será entregue nas consultas de Enfermagem de Saúde Materna e Saúde Infantil, com a indicação da data de início de cada curso. Será ainda afixada esta mesma data no poster informativo afixado na sala de espera da USF.

A ficha de inscrição devolvida à equipa de Enfermagem de Saúde Materna e Saúde Infantil ou entregue no secretariado da USF, será posteriormente analisada pelas

enfermeiras responsáveis dos referidos programas, tendo em conta o processo de família e, segundo os seguintes critérios de prioridade:

•Presença de indicadores de risco identificados nas consultas de Enfermagem de Saúde Infantil (de acordo com a tabela em vigor nas consultas).

•Compromisso de frequência do maior número de sessões, assinalado na ficha de inscrição;

•"*Casais grávidos"*;

•Casais primíparos;

•Ordem de entrega das fichas de inscrição até 15 dias antes de cada curso.

Após a recepção, análise das fichas de inscrição e formação dos grupos, os casais serão contactados pela equipa dinamizadora ou pelo secretariado da USF.

Caracterização do Contexto

Destinatários:

•"*Casais grávidos"* a partir do 2º trimestre da gravidez, seguidos na Consulta de Saúde Materna da USF;

•Pais de crianças no 1º ano de vida, seguidas na Consulta de Saúde Infantil da USF.

Os grupos deverão ser constituídos por um mínimo de 5 e um máximo de 10 casais.

Equipa dinamizadora/formadora:

Enfermeiras responsáveis pelo Programa de Saúde Infantil da USF, juntamente com outros profissionais, sempre que possível e oportuno.

Local da acção:

O curso será realizado na sede do Centro de Saúde integrado no ACES Oeste Sul.

Programa da Acção

Metodologia:

Serão utilizadas metodologias activas, expositivas, demonstrativas e interrogativas, com recurso a exercícios de quebra-gelo inicial, jogos pedagógicos, *brainstormings* de ideias e reflexões de grupo.

Serão ministradas 10 sessões de carácter teórico-prático, com a duração de 2 horas cada uma delas (horário das 18h às 20h), onde constam exposições teóricas com recurso a *power point*, apresentações de filmes/DVD sobre parentalidade e Parentalidade Positiva e, dinâmicas de grupo sobre as temáticas abordadas.

As sessões decorrerão ao longo do ano, nos meses de Outubro a Maio, com a periodicidade quinzenal ou mensal, de acordo com disponibilidade dos formadores.

Modalidade:

O curso é presencial, não sendo aplicado regime de faltas. Em cada sessão, os formandos deverão assinar uma folha de presenças.

A ficha de inscrição contém um espaço, onde os destinatários devem assinalar o seu compromisso na frequência do maior número de sessões do curso.

A frequência do curso deve ser feita preferencialmente por ambos os pais, sendo aberto a famílias monoparentais. De acordo com a definição de Pais, que "*designa pai e/ou mãe, bem como outras pessoas titulares da autoridade e da responsabilidade parental*"(1), são incluídos no curso, os cuidadores legais. Ainda, se existir a impossibilidade de participação de um dos elementos do casal, podem ser incluídos outros elementos cuidadores próximos da criança, tais como os avós.

Estrutura do Curso:

Cada sessão será ministrada pelo(s) formador(es) deliberado(s) pela equipa, de acordo com a sua experiência e formação nas diferentes áreas temáticas apresentadas nos resultados dos questionários. A realização do plano de sessão será da sua responsabilidade, de acordo com um modelo-tipo existente.

- *Sessão 1 – Olá…para nascer, crescer e viver…preciso de vós!*
- *Sessão 2 – Respeitem-me como sou…*
- *Sessão 3 - Eduquem-me…para ser um bom cidadão do mundo!*
- *Sessão 4 - Compreendam as minhas capacidades…*
- *Sessão 5 - Alimentem-me…para ser grande e forte!*
- *Sessão 6 - Queiram-me…sempre limpinho e confortável!*
- *Sessão 7 – Protejam-me…dos acidentes que posso ter!*
- *Sessão 8 – Cuidem de mim…porque não quero estar doente!*
- *Sessão 9 - Lembrem-se de mim, de vós…quando a vida corre a 1000km/h.*
- *Sessão 10 – Por mim, por vós, por nós todos juntos…Obrigado!*

A última sessão será destinada à construção de um *"currículo familiar"*, com base na reflexão de toda a aprendizagem. Está ainda previsto um jantar convívio, de interacção enfermeiras, pais e crianças.

Materiais disponíveis:

•Folhas de papel e canetas fornecidos pelos formadores;

•Lista de bibliografia de referência sobre as diferentes temáticas, fornecida pelos formadores;

•Vídeos e DVD alusivos às temáticas;

•Materiais necessários a uma melhor compreensão das diferentes temáticas.

Ao longo das diferentes sessões e de acordo com a temática abordada, serão oferecidas amostras de produtos de puericultura, fornecidas pelos laboratórios que apoiam o curso e, de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Serão ainda distribuídos folhetos informativos alusivos às diferentes temáticas, elaborados pela USF e Unidade Coordenadora Funcional do Oeste, que reúne informação consensual a fornecer à população da sua área de influência.

No final do curso será atribuído um diploma aos participantes que frequentem pelo menos 80% das sessões.

Avaliação

O curso pressupõe três modalidades de avaliação da aprendizagem:

Avaliação diagnóstica - realizada na primeira sessão e mediante a aplicação de um questionário de avaliação inicial, onde se apuram dúvidas e sentimentos dos casais face à experiência da gravidez e parentalidade, bem como expectativas face ao curso. No intervalo da primeira para a segunda sessão, os dados dos questionários serão trabalhados pela equipa, de forma a constituírem um importante fio condutor de todas as sessões;

Avaliação formativa - é contínua e destina-se a acompanhar o progresso dos casais, quer ao nível da participação na exposição teórica, quer na realização dos trabalhos propostos. É realizada informalmente e com base na observação e diálogo interactivo e informal entre o grupo.

Avaliação sumativa - será realizada na última sessão do curso, mediante a aplicação de um questionário de avaliação

final, onde se apuram dúvidas residuais, sentimentos presentes após o curso, bem como a adequação do mesmo às expectativas iniciais dos casais e contributos para a vida futura familiar.

Os dados dos questionários deverão ser trabalhados pela equipa após a realização do curso, tendo como grande objectivo a aquisição de ganhos em saúde, traduzidos na transição de conhecimentos não demonstrados a demonstrados, nas Considerações Diagnósticas do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem[16] referentes ao Papel Parental, em aplicação no processo informático em uso no Centro de Saúde.

No que se refere às dúvidas residuais, estas poderão ser esclarecidas de forma personalizada nas consultas de Enfermagem, de forma articulada com o curso.

No que respeita à avaliação do curso, será feita com base num questionário estruturado, onde os formandos podem assinalar o seu grau de satisfação global, no que se refere a: programa de formação, recursos didácticos; condições físicas da sala; intervenção da equipa dinamizadora. Será ainda reservado um espaço para *Comentários*/*Sugestões*, no que se refere a aspectos a manter e/ou melhorar em cursos futuros.

A equipa formadora deverá igualmente fazer a sua avaliação do curso, através de um discurso informal e individual dirigido aos formandos, no final de cada curso, referente às dificuldades pessoais sentidas na concretização dos objectivos do mesmo. Ainda, após o término de cada curso, a equipa deverá ser reunida, de forma a serem analisados os questionários de avaliação da formação preenchidos pelos formandos e, para serem discutidas as sugestões, no planeamento dos cursos seguintes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício de uma Parentalidade Positiva constitui um grande desafio na actual realidade onde as exigências pessoais, profissionais e sociais são cada vez maiores. No entanto, ser Pai e ser Mãe nos dias que correm aprende-se…Como? A esta questão poderiam surgir mil e uma respostas que dependem de cada um… não se pretendem incutir modelos e receitas de actuação nos pais, mas sim compreendê-los, encorajá-los a descobrir, realçar e

aceitar as suas particularidades, sempre numa perspectiva positiva de saúde. Cuidar a criança, implica cuidar os seus pais…Por eles, para eles e com eles, a profissão de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria faz sentido. Desta forma, cabe aos enfermeiros, manterem-se no trilho da qualidade, da essência do relacionamento entre família e profissionais e no seio de toda a equipa multidisciplinar… dando a conhecer e fomentar não só por palavras, mas também por atitudes e pequenos gestos, a diferença que a prática da profissão pode fazer!

Promover o amor, o cuidar, o educar, não são tarefas fáceis…no entanto, estratégias como este curso poderão constituir mais uma forma de visibilidade de toda a prática de Enfermagem, desafiante, esforçada, dedicada e com certeza…brilhante!!!

REFERÊNCIAS

1. Council of Europe .*Parenting in Contemporary Europe. A positive approach*. April 2008.Strasbourg: Council of Europe Publishing.175 p.

2. Internacional Council of Nurses. *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*.2009. Versão 1.0. Genéve. p.210.

3. Mesman, J., Koot, H.M.,Stolk, M., Van Zeijl,J., et al. *Externalizing problems at age 1 year compared to ages 2-3 years. Prevalence and correlates*. 2007. Biennial conference of the Society for Research of Child Development. Tampa FL.;

4. Van Ijzendorrn,M., Juffer, F., & Duyvesteyn, M.G.C.. Breaking the intergeneracional cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachment-based intervencion on maternal sensivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006. p.225-248.

5. Convenção Dos Direitos Da Criança. Lisboa.1989. [Consultado em 10-06-2010]. Disponível em www.apfn.com.pt/declaração_dos_direitos_da_criança.htm.

6. Pugh et al *in*: Associação para a Igualdade e Direitos dos Filhos. 2005. [consultado em 1-06-2010]. Disponível em www.aidf.com/note.php?note_id=3053018772602010.

7. Juffer, F., Bakermans, M., et al. *Promoting Positive Parenting. An Attachment - Based Intervention*. 2008. New York: Psycology Press.238p.

8. Casey, A.. Partnership nursing: influences on involument of informal cares. 1995. *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Science Ltd. N.º22. p. 1058-1062.

9. Ordem dos Enfermeiros. *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. 2009. Lisboa.p.20-30.

10. Organização Mundial De Saúde. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - *Carta de Ottawa*.1986 [consultado em 10-06-2010]. Disponível em www.opas.org.br/colectiva/uploadArq/Ottawa.pdf.

11. Portugal. Direcção Geral de Saúde. *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação*. 2005. 2ª ed. Lisboa, 33p.

12. Brazelton, T.. *O Grande Livro da Criança - O Desenvolvimento emocional e do comportamento*

durante os primeiros anos. 2009.11ª. ed. Queluz de Baixo: Editorial Presença.535 p.

13. Berman, R..Perceived Learning Needs of Minority Expectant Women and Barriers to Prenatal Education. 2006. *The Journal of Perinatal Education*.15 (2): 36-42 [consultado em 10 Junho 2010]. Disponível em: http://pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fegi?artid=1595295.

14. Svensson, J., Barclay, L., Cooke, M.. The Concerns and Interests of Expectant and New Parents: Assessing Learning Needs. 2006. *The Journal of Perinatal Education*.15(4); p.18-27. [Consultado em 27-05-2010]. Disponível em http://www.pubmedcentral.nhi.gov/picrender.fcgi?artid=1804306&blotype=pdf.

15. Instituto do Emprego e Formação Profissional. *Formação Pedagógica Inicial de Formadores. Manual do formando*. 2007. Lisboa.89p.

16. Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. *Considerações Diagnósticas - Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem.* Lisboa. 2010, 42p.

Anexo VII

Folheto – *"O que fazer quando o seu filho tem vómitos?"*

Quando e Onde Recorrer?



Médico Assistente / Urgência não Hospitalar

- Episódios de vómitos repetidos
- Pele pálida, olheiras
- Febre
- Dor de barriga
- Mal estar – geral

Urgência Hospitalar

- Persistência de vómitos, após ingestão de líquidos, acompanhados ou não de febre
- Idade inferior a 3 meses
- Presença de SINAIS DE DESIDRATAÇÃO:
  - Criança prostrada ou irritada
  - Olhos encovados, boca seca
  - Manifestação constante de sede
  - Diminuição da quantidade de urina

É importante …

manter a **calma**…

não forçar a alimentação…

não dar medicamentos (sem indicação médica)

estar por perto…



Em caso dúvida contacte:
Linha Saúde 24 - 808242424

2010

Elaboração:
Enfª Sónia Patrício (Mestranda em Enfermagem na Área Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, da Universidade Católica Portuguesa) sob orientação de Enfª. Emília Soveral e Profª. Elisabete Nunes

UCF OESTE

SAÚDE MATERNO – INFANTIL

Centro Hospitalar Torres Vedras
Centro Saúde Torres Vedras
Centro Saúde Cadaval
Centro Saúde Sobral Monte Agraço
Centro Saúde Mafra
Centro Saúde Lourinhã

O que fazer quando o seu filho tem

VÓMITOS ?



Vómitos...o que são?

- Os vómitos consistem na saída, involuntária de conteúdo do estômago, muitas vezes de forma repetida;

- O conteúdo do vómito normalmente possui um cheiro "*azedo*" e é em quantidade superior à do leite bolsado pelo bebé;

- É um sintoma comum na idade pediátrica, normalmente associado a gastroenterites, mas pode ter outras causas.

- É importante evitar a **Desidratação**!



O que fazer?

CRIANÇAS COM MENOS DE 1 ANO



- Deve manter **aleitamento materno.**
- **Não deve dar alimentos sólidos**, mas deve **reforçar líquidos** (soros de rehidratação oral, ex: *miltina®*, *oral suero®*, *dioralyt®*, *recuperation®*, *redrate®* ou chá preto fraco, frio e com açúcar/ ice-tea) em **pequenas quantidades** (1 colher de sobremesa de 5 e 5 minutos).



Chá preto fraco?

Num litro de chá preto e fervido durante 10 minutos, dissolva 4 colheres de sopa rasas de açúcar.

CRIANÇAS COM MAIS DE 1 ANO

- **Não lhe dê líquidos nem sólidos** até 1 a 2 horas, logo a seguir ao vómito.

- Depois, deve iniciar os **líquidos** (já referidos) em **pequenas quantidades** até 6 horas.

- Se a criança não vomitar nas 6 horas seguintes e estiver bem-disposta e com apetite, deve **reiniciar a alimentação habitual** (preferencialmente cozidos e grelhados) **de forma gradual, sem insistir**.



Anexo VIII

Cartas Terapêuticas

USF Gama Centro Saúde Torres Vedras

Ser Mãe é ter o prazer de gerar uma nova vida dentro de si...
Ser Mãe é ter a oportunidade de sentir o seu pequeno rebento crescer a cada dia que passa...
Ser Mãe é dedicar-se e proteger com toda a força...
Ser Mãe é dar uma educação que só você sabe dar...
Ser Mãe é dar a oportunidade ao seu filho de crescer por si mesmo, ajudando-o a seguir o melhor caminho...
Ser Mãe é estar presente, escutar, aconselhar, compreender e não julgar...
Ser Mãe é poder sorrir para o Mundo e manifestar o orgulho e alegria de cada conquista do seu filho...
Ser Mãe é saber amar...um amor incondicional, um amor sem medida...





Parabéns por Ser Mãe...por este dom que a vida lhe dá!

Parabéns por ser uma Mãe exemplar no esforço e dedicação em prol do desenvolvimento, saúde e bem-estar do seu filho...

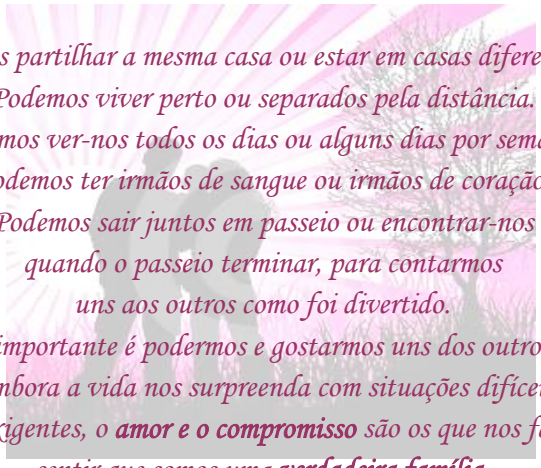
Ele precisa muito de si...e nós continuamos aqui para lhe ajudar a **Ser a Melhor Mãe do Mundo!**

A Equipa de Enfermagem de Saúde Infantil

Dia Internacional

da Família

15 Maio 2010



Podemos partilhar a mesma casa ou estar em casas diferentes.
Podemos viver perto ou separados pela distância.
Podemos ver-nos todos os dias ou alguns dias por semana.
Podemos ter irmãos de sangue ou irmãos de coração.
Podemos sair juntos em passeio ou encontrar-nos
quando o passeio terminar, para contarmos
uns aos outros como foi divertido.
O importante é podermos e gostarmos uns dos outros.
Embora a vida nos surpreenda com situações difíceis
e exigentes, o ***amor e o compromisso*** *são os que nos faz*
sentir que somos uma ***verdadeira família****.*

Equipa de Enfermagem

USF Gama Centro Saúde Torres Vedras


A_____
foi ao Centro de Saúde e portou-se muito bem !!!
Já é crescida e uma autêntica Princesa...
__/__/__
Mãe/Pai_____
USF Gama Centro Saúde Torres Vedras


A _____
foi ao Centro de Saúde e portou-se muito bem !!!
Já é crescida e uma autêntica Princesa...
__/__/__
Mãe/Pai_____
USF Gama Centro Saúde Torres Vedras


O _____
foi ao Centro de Saúde e
portou-se muito bem !!!
É um verdadeiro Herói...
__/__/__
Mãe/Pai_____
USF Gama Centro Saúde Torres Vedras


Hello Kitty
A _____ foi ao Centro de Saúde e portou-se muito bem!!!
É uma menina muito linda e corajosa...
__/__/__
Mãe/Pai _____
USF Gama Centro Saúde Torres Vedras
Sanrio
www.Sanrio.com


O _____
foi ao Centro de Saúde e portou-se muito bem !!!
Já é crescido e um grande Aventureiro...
__/__/__
Mãe/Pai_____
USF Gama Centro Saúde Torres Vedras


O _____
foi ao Centro de Saúde e portou-se muito bem !!!
Já é crescido e um verdadeiro Artista...
__/__/__
Mãe/Pai_____
USF Gama Centro Saúde Torres Vedras

Anexo IX

Relatório da Formação –

"Cuidados com a Praia/Massagem Pais/Filhos"

USF Gama Centro Saúde Torres Vedras

Ministério da Saúde

CUIDADOS COM A PRAIA/MASSAGEM PAIS-FILHOS

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO









SUMÁRIO

	Página
1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO	3
2. PLANO DE SESSÃO	4
3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO	5
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	20
ANEXOS	21
Anexo 1 – Convite para a Sessão de Formação	22
Anexo 2 – "A História do Martim" (Suporte da Sessão)	24
Anexo 3 – Folheto "*Vamos à Praia*"	28
Anexo 4 – Artigo *"E porque o Melhor do Mundo são as Crianças"*	31

1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

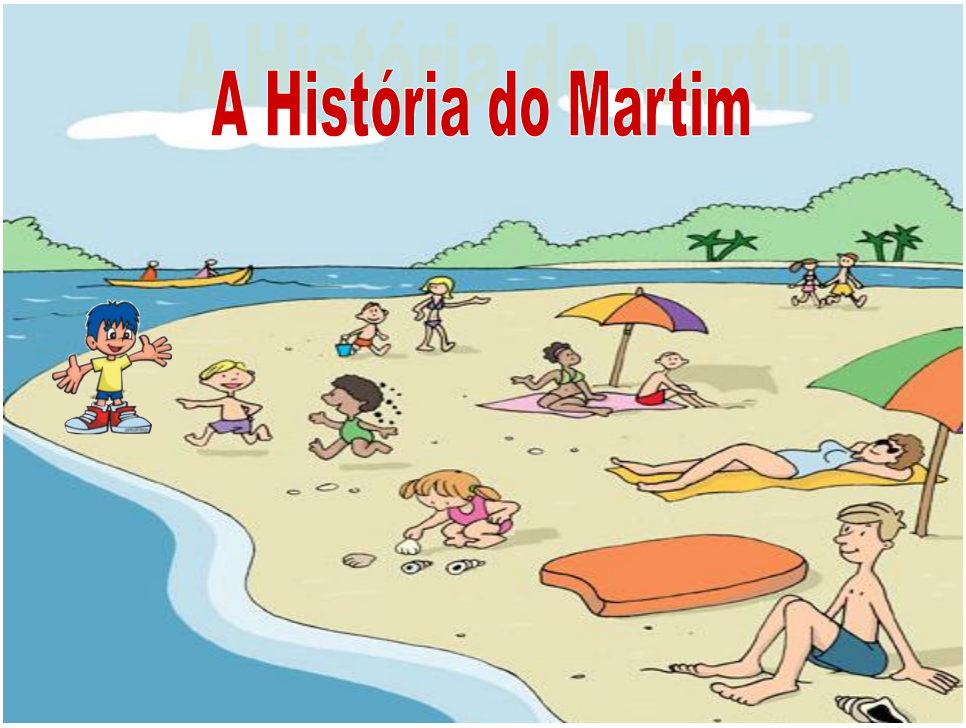
1.1. DATA, HORA, LOCAL DE REALIZAÇÃO
Data: 29 Maio 2010 **Duração**: 30 minutos (15h -15h30) **Local:** Expotorres (Festa da Criança)
1.2. MODALIDADE DA FORMAÇÃO
Educação para a Saúde
Designação: Cuidados com a Praia/Massagem Pais - Filhos
1.3. INSTITUIÇÃO/SERVIÇO
Centro de Saúde de Torres Vedras – Unidade de Saúde Familiar Gama
1.4. FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA
Esta sessão surgiu da necessidade de educar os pais e crianças da USF Gama para os cuidados com a praia, dada a época balnear que se aproxima. Aproveitando a Festa da Criança, na qual é possível reunir maior número de pais e crianças para o efeito, esta sessão foi igualmente programada para proporcionar a interacção pais-filhos, como estratégia promotora da Parentalidade Positiva. Neste sentido, foi convidado o Projecto *Ser*, que demonstrou e supervisionou um momento de massagem entre pais e filhos.
1.5. OBJECTIVOS
- Sensibilizar pais e crianças sobre os cuidados com a praia, como forma de promover a sua saúde e prevenir os riscos associados; - Conferir "*empowerment*" aos pais no que se refere à temática apresentada; - Incentivar a autonomia e responsabilização das crianças nos cuidados com a praia, como forma de contribuir para o seu Desenvolvimento e Saúde; - Proporcionar a interacção pais-filhos, através da massagem/toque positivo, como estratégia promotora da Parentalidade Positiva.
1.6. DESTINATÁRIOS
Pais e crianças visitantes do *Oeste Infantil* (Festa da Criança)
1.7. CONCEPÇÃO/ORGANIZAÇÃO
Nome: Sónia Patrício **Categoria**: Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa **Nome:** Emília Soveral **Categoria**: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica **Nome:** Sílvia Lima **Categoria**: Professora e instrutora do Projecto *Ser*
1.8. FORMADORES
Nome: Sónia Patrício **Categoria**: Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa **Nome:** Sílvia Lima **Categoria**: Professora e instrutora do Projecto *Ser*
1.9. CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO
Metodologia da Formação: Interrogativa, Activa, Demonstrativa

2. PLANO DE SESSÃO

Conteúdos	Actividades	Recursos Didácticos	Duração	Formador	Avaliação
	Questão inicial sobre frequência da praia		5 min	Sónia	
Considerações gerais sobre cuidados com a praia (História do Martim);	Apresentação Interactiva com pais e crianças, sobre cuidados com a praia		10 min	Sónia	
Orientações sobre exercícios de massagem pais-filhos;	Demonstração de massagem pais-filhos	Projector/ Portátil	10 min	Sílvia	
Discussão e Avaliação da Sessão;	Síntese Final		5 min	Sónia	Informal, através da opinião e participação dos presentes.
Entrega de folheto "*Vamos à Praia*", amostras de protector solar, livros de pinturas para as crianças sobre cuidados com a praia.		- Folhetos "*Vamos à Praia*"; - Amostras de protector solar; - Livros de pinturas para as crianças sobre cuidados com a praia.			

3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO

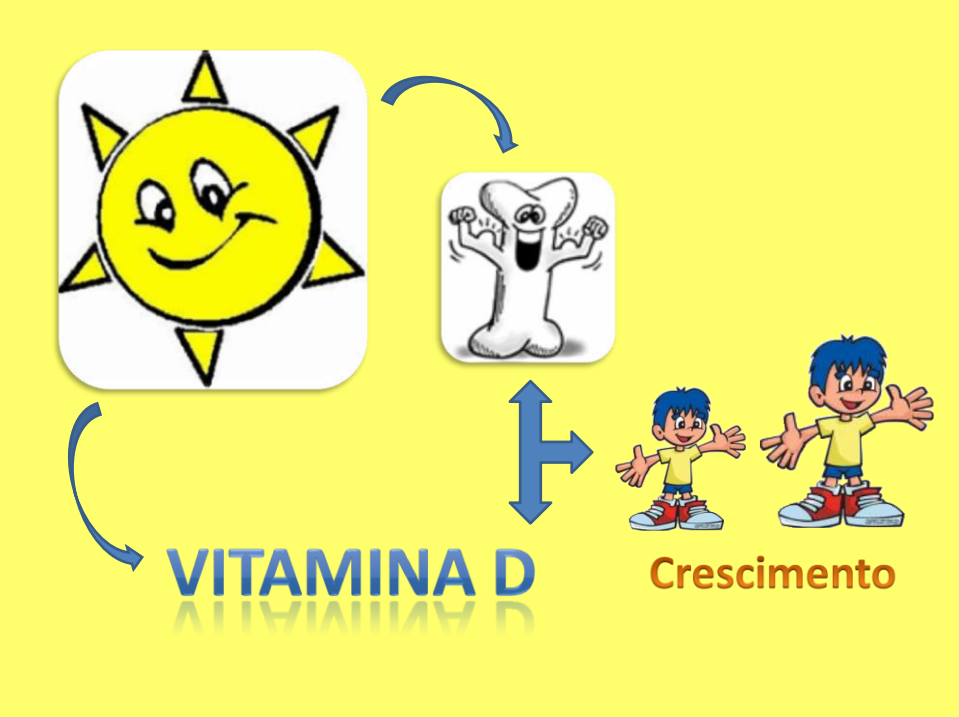




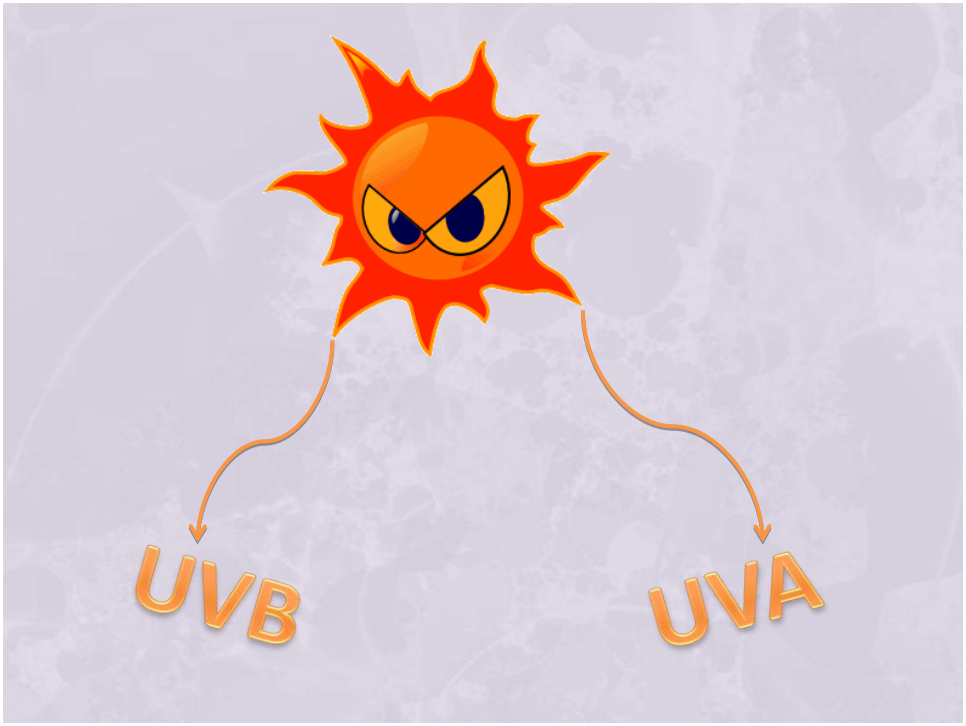

Em casa...

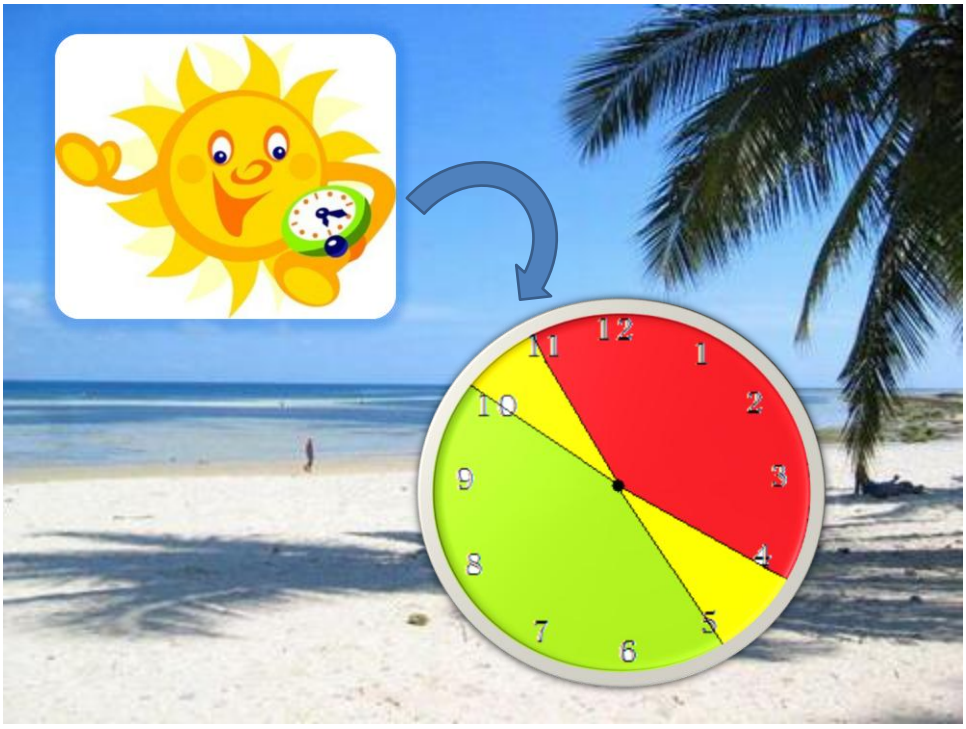

SOL


Felizes
Fortes


VITAMINA D
Crescimento


Cuidado!


UVB
UVA


12
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11

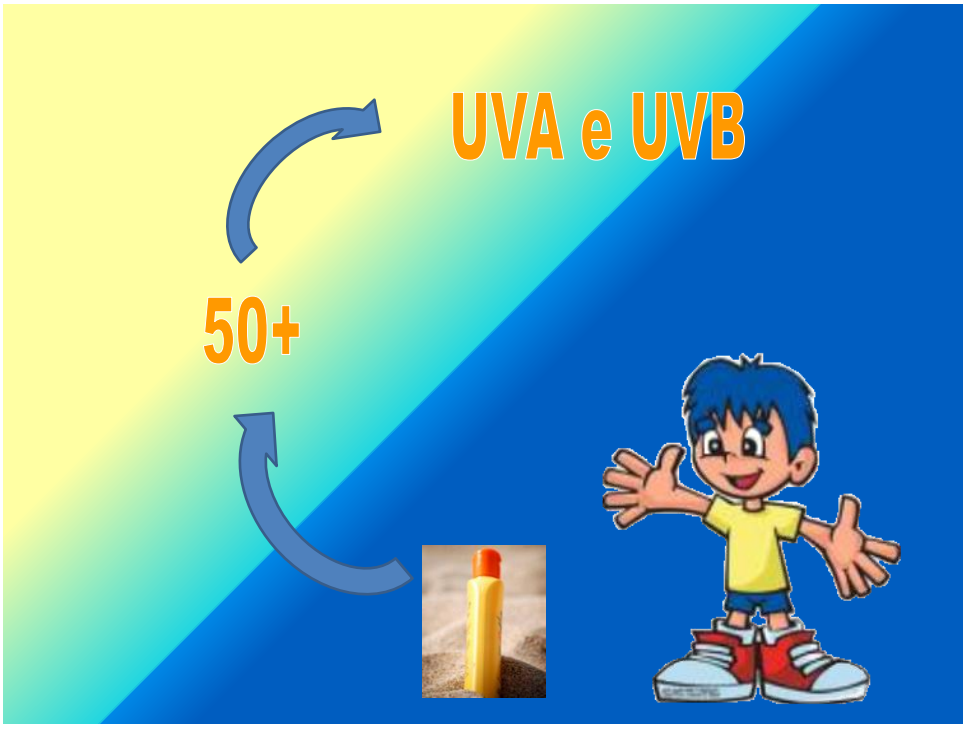

Cuidado!


O que Levar?


O que Levar?


O que Levar?


Colocar o protector!


UVA e UVB
50+


A caminho da praia...


Na praia...


Na areia...
Desenvolvimento dos pés
Pernas mais fortes


Na areia...


Atenção!...


As Bandeiras
o salva-vidas não está
podemos tomar banho
só podemos molhar os pés
não podemos tomar banho


A Brincar...


Cuidado...
Cuidado...


Cuidado...
Cuidado...


Na água...
Na água...


O lanche...
O lanche...


Lixo no Lixo...


O regresso a casa...



Referências: Direcção Geral de Saúde. **Recomendações de Protecção para o Calor**. Acedido a 27 Maio 2010. Disponível em: http://www.scribd.com/doc/7246461/Proteccao-Calor-Recomendacoes-DGS.

4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A sessão obteve o parecer favorável dos participantes, que colaboraram de forma empenhada e atenta nas actividades propostas.

ANEXOS

Anexo 1 – Convite para a Sessão de Formação

PAPÁS...NÃO PERCAM

E porque a Festa do Vosso Filho, é também a Vossa Festa…
Porque se preocupam com a ***Saúde e Felicidade*** *do vosso filho…*
Porque mais do que ninguém,
Ele Precisa De Vós…



…Convidamo-vos a estar presentes num **Espaço e Momento de Interacção Pais – Filhos**, cheio de surpresas!!!

✷CUIDADOS COM A PRAIA





✷MASSAGEM PAIS – FILHOS

Data: **29 Maio 2010**
Local: ***"Oeste Infantil"*- Festa da Criança Expotorres -** (espaço **Refeitório**)
Hora: **16h – 16h30**

Organização: USF Gama Centro Saúde Torres Vedras - Equipa Enfermagem Saúde Infantil

Colaboração: Projecto SER
Apoio: Uriage®

Anexo 2 – *"A História do Martim"* (Suporte da Sessão)

"A História do Martim"



Este é o Martim, um menino com 6 anos.

Finalmente chegou o Verão e o dia em que o Martim vai à praia ... ele estava muito entusiasmado.

Em casa, a mãe e o pai falaram com ele sobre os cuidados com a praia, a água, a areia e com o sol...as coisas boas, as coisas más.

O Sol:

- Ajuda-nos a **sermos mais felizes e também mais fortes**. E porquê?
- Porque ajuda o nosso organismo a produzir a **vitamina D** que é indispensável à mineralização dos nossos ossos. E com esta vitamina eles tornam-se mais fortes.
- Mas precisamos de ter muito **cuidado** com o Sol. Se não tivermos cuidado, ele pode tornar-se perigoso. Os **raios ultra-violeta e os Infravermelhos** que o sol reflecte poderão ser muito perigosos para a nossa pele. (Atenção também em piscinas, pinhais – o sol é todo igual).
- **Mas existem horas que os raios ainda são mais perigosos**. Por isso não devemos apanhar sol na praia em certas horas - Entre as 11h horas da manha e as 16h da tarde devemos ficar em casa ou em locais protegidos do Sol. Nas restantes horas podemos estar na praia, mas devemos ter um cuidado especial entre as 10h e as 11h e entre as 16h e as 17h.
- Não esquecer que mesmo à sombra e perto de superfícies que reflectem os raios (areia, água), embora não directos, estes penetram na pele.

Não só nos dias de sol, mas também nos dias com nuvens e com vento, devemos ter cuidado, porque os raios continuam a penetrar na pele.

Existem certas **coisas importantes para levar** quando vamos à praia. Vocês sabem dizer-me algumas delas e ajudar o Martim a preparar a sua mochila?

A mochila deve levar:

- toalha
- Água;
- O lanche;
- Brinquedos;
- **Boné ou chapéu de abas largas**;
- Óculos de sol (protecção dos raios infravermelhos e ultra violetas);
- Uma t-shirt (evitar tecidos porosos, quanto mais transparente menos protege) – se porosos, as cores escuras protegem mais).

Para além disto, como nos devemos vestir?

No final de tudo preparado o Martim correu para a mochila para ir buscar uma coisa muito importante: o **protector solar**. No meio de cócegas e gargalhadas, a mãe cobriu-o de protector dos pés à cabeça.

O Protector Solar deve ser colocado, pela primeira vez desse dia, 30 minutos antes de os meninos irem para a praia, e devem cobrir bem o corpo (insistir na zona dos ombros, rosto, nariz, orelhas e nuca). **O protector protege a nossa pele** dos raios ultra-violeta e dos infravermelhos e deve ser de factor 50+. Na praia deve ser colocado novamente de 2h em 2h (perdido por água, transpiração, contacto com areia). O protectores "*resistentes à água"* não garantem que o produto fique na pele, sendo necessário reaplicá-lo. Ainda, não se devem aplicar cremes perfumados e contra as alergias, sob risco de reacções ao sol. (Os bebes com menos de 6 meses, não devem usar protector solar).

Saem de casa e vão então para a praia.

Por fim **chegaram a praia**. E enquanto apontava para o mar, o Martim gritou bem alto: "*Mãe, Pai, o mar, o mar*!"

De chinelos nos pés e a caminhar pela praia o Martim ia vendo como a areia era fina e clara.

A **areia** ajuda-nos a ter pernas mais fortes e ajuda no desenvolvimento dos nossos pés.

Enquanto isso, os pais estavam a escolher o local ideal para **estender as toalhas.**

Do local escolhido, conseguiam ver o nadador salvador, assim como a bandeira.

Os pais do Martim escolheram uma praia com nadador salvador, e é muito importante a praia ser **vigiada**.

Pergunta o Martim à mãe: "*Mãe já não me lembro do que me disseste sobre a bandeira verde, significa que posso tomar banho, não é*?"

"É sim, filho. A bandeira verde significa que podes tomar banho, como disseste muito bem. A bandeira amarela significa que só podes molhar os pés. A bandeira vermelha significa que não podes tomar banho. E a bandeira aos quadrados brancos e pretos significa que o nadador salva-vidas não está presente na praia."

O Martim **não quis ficar debaixo do chapéu**, havia tantas coisas divertidas para fazer na praia. O Martim fez castelos na areia, enquanto os seus pais admiravam como ele estava contente.

É muito importante a vigilância e protecção permanente dos pais, pois no meio de todas as brincadeiras, num piscar de olhos, poderá ocorrer um grande acidente. E enquanto as crianças brincam devem usar um chapéu, com abas ou palas, uma t-shirt de algodão e óculos de sol para proteger os olhos dos raios solares.

Enquanto o Martim brincava com os pais, aprendeu muito e descobriu muitas coisas diferentes.

-"*A praia é muito divertida*"! - disse o Martim.

- "*Sim, é verdade filhote, mas é preciso termos alguns cuidados*". – disse a mãe...

Sabem quais são?

• Devemos estar por perto dos papás e ter cuidado com os **estranhos**, com quem não conhecemos.

• Na Areia existem **inúmeros lixos** que lá podem chegar, tais como animais mortos, objectos cortantes, entre outros. A areia por nem sempre estar limpa, pode também ferir ou irritar a pele (dar comichão). (Atenção a crianças nuas - inflamação dos genitais).

Após a brincadeira, o pai perguntou quem queria ir para a água e o Martim rapidamente agarrou a mão do pai. Depois de colocar o colete salva vidas, foram de mãos dadas para a água.

-"*Brrrrrrr…está muito fria*!" - disse o Martim.

E entraram devagarinho no mar.

Quando as crianças vão tomar banho devem estar sempre acompanhadas por um adulto, nunca devem entrar de costas para o mar, devem entrar devagar para evitar grandes diferenças de temperatura no seu organismo e, devem ter em atenção às marés e às correntes.

A mãe gritou "- ***venham comer***". E ambos correram para a toalha. Estavam cheios de fome. Antes de pegar na sanduíche, o Martim limpou bem as mãos, que estavam cheias de areia.

Na praia, é importante bebermos muita água para não desidratarmos e comermos refeições ligeiras. Não devemos ir para a água nas 3 horas seguintes após as refeições.

Depois de comer, juntaram o **lixo** todo e colocaram-no no caixote.

O tempo tinha passado depressa, eram 11h e estava na hora de ir para casa.

Foi sem dúvida uma **manhã especial** para o Martim e seus papás.

Síntese

Gostaram?

Lembram - se do que falámos?

- Os benefícios do sol e cuidados a ter;
- O material de praia e importância do protector solar;
- O mar, as marés, as correntes e os benefícios de andar na areia;
- A importância do nadador salvador e das bandeiras;
- A importância de estar sempre por perto dos pais;
- Os principais perigos que existem na praia;
- Alimentação e hidratação adequadas.

Referências:

Direcção Geral de Saúde. **Recomendações de Protecção para o Calor**. Acedido a 27 Maio 2010. Disponível em: http://www.scribd.com/doc/7246461/Proteccao-Calor-Recomendacoes-DGS**.**

Anexo 3 – Folheto *"Vamos à Praia"*

E o Saco de Praia, o que deve conter?

- ☺ Boné ou chapéu de abas largas;
- ☺ Óculos de sol (protecção dos raios infra-vermelhos e ultra violetas);
- ☺ Uma t-shirt;
- ☺ Calções ou fato de banho;
- ☺ Creme de Protecção Solar para UVA e UVB de factor 50+;
- ☺ Água, sumos sem açúcar;
- ☺ Lanche.



E claro… não podem faltar os **Brinquedos** das crianças!





A ida à praia é, com certeza, um excelente programa em **Família.**

Para que tudo corra bem e no final do dia todos venham com um grande **Sorriso** nos lábios, é importante apostar na **Prevenção!**



Elaborado por:

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Enfª Sónia Patrício

(Mestranda em Enfermagem, na área de especialização em Saúde Infantil e Pediatria, sob orientação de Enfª Emília Soveral)

Maio 2010



Vamos à praia!





USF Gama Centro Saúde Torres Vedras



Ao chegar à praia, qualquer criança fica fascinada… a sua **curiosidade** é enorme em relação ao que a rodeia e depara-se com um **Novo Mundo** por descobrir!

Dê-lhe a liberdade para **brincar, explorar, aprender, crescer**…no entanto, não se esqueça da sua **Vigilância e Protecção permanente**, pois no meio de todas as brincadeiras, num piscar de olhos, poderá ocorrer um acidente!



O que pode ser Perigoso?



◆ **O Sol** – Apesar de terem inúmeros benefícios, os raios solares, quando em excesso e sem protecção, são extremamente perigosos e podem provocar queimaduras.

◆ **A água** – O vento ou a deslocação da água, podem facilmente fazer com que a criança se desequilibre, correndo o risco de afogamento.



◆ **A areia** – Embora contribua para o desenvolvimento das pernas e pés, a areia pode conter inúmeros detritos, tais como animais mortos, objectos cortantes, entre outros. Por estes motivos, pode ser fonte de feridas, irritações ou infecções da pele.

⚠ *Mas Atenção…*

Se verificar…

…Sonolência, prostração, náuseas e vómitos, respiração rápida e superficial, transpiração excessiva, palidez, pele fria e húmida, cãibras musculares, febre, feridas, queimaduras

…Contacte o Centro de Saúde ou Ligue 808 24 24 24

Quais os Principais Cuidados a ter?

☼ As crianças com **menos de 1 ano** de idade não devem ir à praia;

☼ As crianças não devem permanecer na praia no período entre as **11h e as 16h**, sendo este o período de maior intensidade solar.

☼ Utilize um **protector solar** (factor 50+), colocando-o 30 minutos antes da exposição ao sol e renovando de 2 em 2 horas. As crianças com **menos de 6 meses**, não devem usar protector solar.

☼ Não esquecer que mesmo à **sombra** e perto de superfícies que reflectem os raios (**areia, água**), embora não directos, estes penetram na pele.

☼ Durante as brincadeiras na areia, as crianças devem usar um **chapéu**, com abas ou palas, uma **t-shirt** seca e apropriada e, **óculos de sol**.

☼ As refeições devem ser **ligeiras** e a **água** ingerida com frequência, a fim de evitar a desidratação. Não devem ir para a água nas 3 horas que se seguem à refeição.



E nos dias nublados?

Também é preciso ter cuidado… as nuvens enganam e deixam passar mais de 80% da radiação solar, pelo que os cuidados a ter devem ser os mesmos.

Anexo 4 – Artigo *"E porque o Melhor do Mundo são as Crianças"*

E porque o melhor do mundo são as crianças...

SÓNIA PATRÍCIO
[Enfermeira – Mestranda em Enfermagem na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica]

Decorreu, na passada semana, mais uma "Oeste Infantil" na cidade de Torres Vedras, onde participaram diferentes escolas e associações dedicadas à população infantil. À semelhança de anos anteriores, a iniciativa proporcionou um espaço de brincadeira, interacção e aprendizagem, apelando aos direitos e deveres das crianças e ao seu reconhecimento como pessoas e actores sociais.

E porque a festa da criança é também a festa dos seus pais, o dia de sábado foi aberto ao público e contou com a presença de inúmeros pais que quiseram acompanhar os filhos nas diferentes actividades. Mais do que ninguém, são eles o núcleo crucial no desenvolvimento das crianças, assumindo um papel de extrema importância na transmissão de valores, comportamentos e na satisfação das suas necessidades. Assim, e porque a saúde, como garantia de um desenvolvimento harmonioso, constitui uma das preocupações do desafiante exercício da parentalidade, foi realizado um pequeno *workshop* sobre "Cuidados com a praia", destinado a pais e filhos e promovido pelo Centro de Saúde de Torres Vedras – Unidade de Saúde Familiar Gama. Contou ainda com a colaboração do Projecto Ser e com o apoio da Uriage®.

O principal objectivo consistiu em sensibilizar os destinatários no que se refere à temática supracitada, como forma de promover a saúde e prevenir os riscos associados. Ainda, a capacitação dos pais e autonomia das crianças nos cuidados com a praia foram aspectos focados durante a sessão, que decorreu de forma bastante interactiva. Recorda-se a importância dos cuidados com o sol (utilização do protector solar de factor 50+ em crianças com mais de seis meses, do chapéu, óculos de sol, uso de *t-shirt* não porosa, não permanência na praia das 11 às 16 horas), dos cuidados com a água (uso de braçadeiras ou colete) e com os detritos da areia da praia, que podem provocar inflamações e/ou feridas. Ainda a ingestão de refeições ligeiras e de água ou sumos sem açúcar, bem como a necessidade de vigilância por parte dos pais neste programa em família requerido nos dias de Verão que se aproximam, é fundamental.


Um dos momentos formativos na Oeste Infantil

No final da sessão, e tendo como objectivo proporcionar o toque positivo entre pais-filhos, como estratégia promotora de relacionamentos saudáveis, foi realizada uma demonstração de massagem, pelo Projecto Ser. Não só neste momento, mas em todo o contexto da grande festa da criança, a interacção pais-filhos traz consequências bastante benéficas para o desenvolvimento e felicidade da mesma, no que concerne ao sentimento de pertença, ao afecto que os une, à segurança e confiança que lhes é transmitida, bem como aos exemplos positivos que recebem.

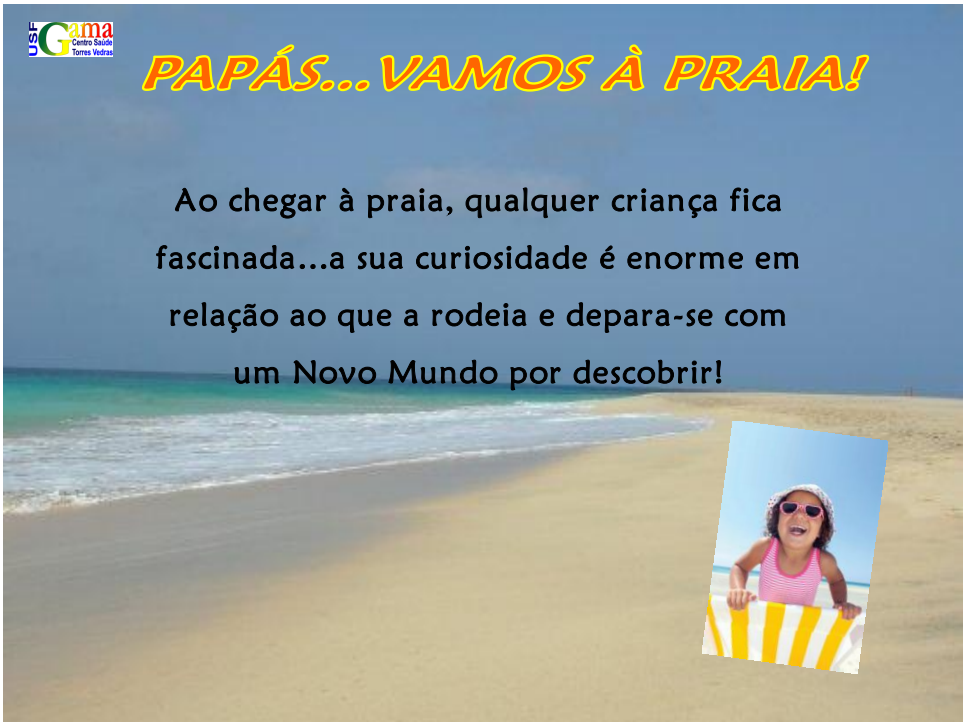
Assim, impera não apenas a responsabilização mas também a valorização do papel dos pais no tempo de qualidade dedicado aos filhos, educando-os e cuidando deles tal como merecem. Porque o melhor do mundo são as crianças...

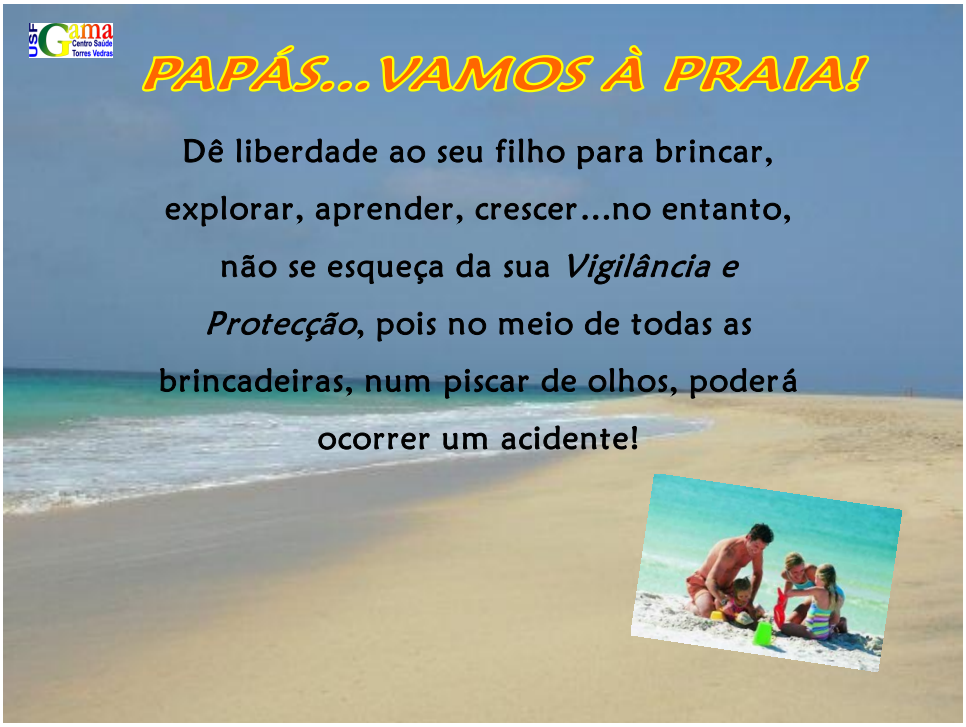
Anexo X

Apresentação "*Papás, Vamos à Praia*"


USF Gama Centro Saúde Torres Vedras
PAPÁS...
VAMOS À PRAIA!
Elaborado por:
Enfª Sónia Patrício – Mestranda em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa / Orientação: Enfª. Emília Soveral e Profª. Elisabete Nunes – Junho 2010


PAPÁS...VAMOS À PRAIA!
A ida à praia é um excelente programa em Família...
Para que tudo corra bem e no final do dia todos venham com um grande sorriso nos lábios, é importante apostar na PREVENÇÃO!!!


PAPÁS...VAMOS À PRAIA!
Ao chegar à praia, qualquer criança fica fascinada...a sua curiosidade é enorme em relação ao que a rodeia e depara-se com um Novo Mundo por descobrir!


PAPÁS...VAMOS À PRAIA!
Dê liberdade ao seu filho para brincar, explorar, aprender, crescer...no entanto, não se esqueça da sua *Vigilância e Protecção*, pois no meio de todas as brincadeiras, num piscar de olhos, poderá ocorrer um acidente!

PAPÁS... VAMOS À PRAIA!

A praia traz bastantes *benefícios* para a saúde e desenvolvimento da criança, mas é necessário estarmos alertas para alguns *riscos*...



PAPÁS... VAMOS À PRAIA!

O que levar?

- Chapéu de praia
- Toalha de praia
- Chapéu de abas largas
- Óculos de sol
- *T-shirt* seca (não porosa e de cores escuras)
- Chinelos
- Calções ou fato de banho
- Protector solar para UVA e UVB (factor 50+)
- Água ou sumos sem açúcar
- Refeições ligeiras





E claro...os Brinquedos das crianças!!!


USF Gama Centro Saúde Torres Vedras
PAPÁS... VAMOS À PRAIA!
SOL


USF Gama Centro Saúde Torres Vedras
PAPÁS... VAMOS À PRAIA!
Benefícios do SOL
Felizes
Fortes


PAPÁS... VAMOS À PRAIA!
Benefícios do SOL
VITAMINA D
Crescimento


PAPÁS... VAMOS À PRAIA!
Riscos associados ao SOL
Os raios infravermelhos e ultravioletas podem desencadear lesões na pele e nos olhos;
Perto da água (beira-mar), os raios são reflectidos e o risco de queimadura é mais elevado;
Na sombra, embora não directamente, a radiação solar penetra em cerca de 50% na pele;
Nos dias nublados, as nuvens deixam passar cerca de 80% da radiação solar.


PAPÁS... VAMOS À PRAIA!
Cuidados com o SOL
As crianças com *menos de 1 ano* não devem frequentar a praia;
As crianças não devem permanecer na praia no período entre as *11h e as 16h*, sendo este o período de maior intensidade solar;
Utilize um protector solar para UVA e UVB (factor 50+), colocando-o 30 minutos antes da exposição solar e renovando de 2 em 2 horas;


PAPÁS... VAMOS À PRAIA!
Cuidados com o SOL
Durante as brincadeiras na areia, as crianças devem estar à sombra e usar um chapéu de abas largas, óculos de sol,
t-shirt seca e não porosa.


PAPÁS...VAMOS À PRAIA!
Benefícios da Areia
Desenvolvimento dos pés
Pernas mais fortes

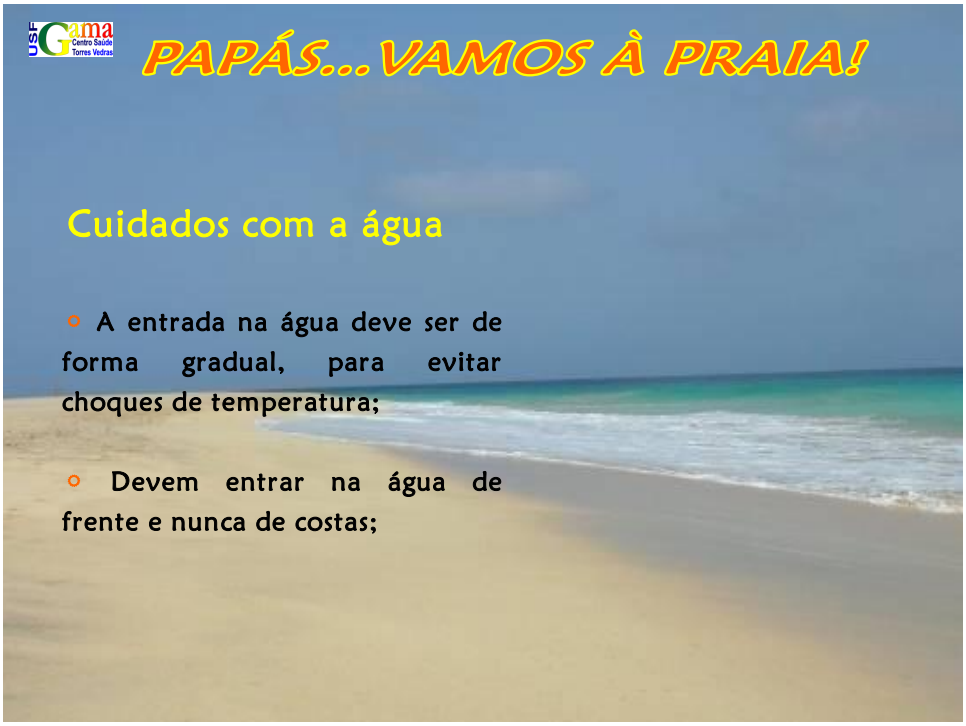

PAPÁS...VAMOS À PRAIA!
Riscos associados à Areia
A areia contém inúmeros detritos (animais mortos, objectos cortantes, entre outros);
As gaivotas, predominantes nas praias, transportam dos esgotos e das lixeiras, microrganismos que podem provocar infecções e/ou inflamações.


PAPÁS...VAMOS À PRAIA!
Cuidados com a Areia
Não é aconselhável expor as crianças nuas na areia, pelo risco de inflamações e/ou irritações dos genitais;
É aconselhado o uso de chinelos;
As crianças devem lavar as mãos após as brincadeiras na areia, sobretudo antes das refeições.


PAPÁS...VAMOS À PRAIA!
Benefícios da água
A água salgada ajuda a libertar secreções das vias respiratórias;
Na maioria dos casos, as crianças gostam de brincar na água.


PAPÁS...VAMOS À PRAIA!
Riscos associados à água
O vento ou a deslocação da água podem facilmente fazer com que a criança se desequilibre, correndo o risco de afogamento.


PAPÁS...VAMOS À PRAIA!
Cuidados com a água
As bandeiras devem ser respeitadas !!!
o salva-vidas não está
podemos tomar banho
só podemos molhar os pés
não podemos tomar banho


PAPÁS...VAMOS À PRAIA!
Cuidados com a água
A entrada na água deve ser de forma gradual, para evitar choques de temperatura;
Devem entrar na água de frente e nunca de costas;


PAPÁS...VAMOS À PRAIA!
Cuidados com a água
As crianças nunca devem estar sozinhas na água !!!

PAPÁS... VAMOS À PRAIA!

Outras recomendações

- Os pais devem vigiar a presença e interacção das crianças com desconhecidos;



PAPÁS... VAMOS À PRAIA!

Alimentação e Hidratação

- As refeições na praia devem ser ligeiras;
- A criança não deve ir para a água nas 3 horas que se seguem à refeição;
- A água ou sumos sem açúcar devem ser oferecidos com frequência, para evitar a desidratação.



PAPÁS...VAMOS À PRAIA!

Outras Recomendações

- As crianças devem ser educadas para a cidadania, sendo-lhes explicada a necessidade de deixar a praia limpa.



PAPÁS...VAMOS À PRAIA!

ATENÇÃO

Se a Criança apresentar...

...Sonolência, prostração, náuseas e vómitos, respiração rápida e superficial, transpiração excessiva, palidez, pele fria e húmida, cãibras musculares, febre, feridas, pele vermelha e quente

...Contacte o Centro de Saúde ou Ligue 808 24 24 24



Elaboradas por:
Enfª Sónia Patrício – Mestranda em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa
Orientação: Enfª. Emília Soveral e Profª. Elisabete Nunes – Junho 2010
Referências: Direcção Geral de Saúde. *Recomendações sobre Protecção com o calor*. Consultado em 28 Maio 2010.Disponível em:
http://www.scribd.com/doc/7246461/Proteccao-Calor-Recomendacoes-DGS.

Anexo XI

Relatório da Formação – "*Cuidados com a Praia"*

USF Gama Centro Saúde Torres Vedras

Ministério da Saúde

CUIDADOS COM A PRAIA

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO





SUMÁRIO

	Página
1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO	3
2. PLANO DE SESSÃO	4
3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO	5
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	9
ANEXOS	10
Anexo 1 – Convite para a Sessão de Formação	11
Anexo 2 – "*A Historia do Dia da Criança*" (Suporte da Sessão)	13
Anexo 3 – "*Direitos da Criança*" (Suporte da Sessão)	16
Anexo 4 – Fotografias do espaço destinado à sessão e das actividades realizadas no final da mesma.	19

1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

1.1. DATA, HORA, LOCAL DE REALIZAÇÃO
Data: 1 Junho 2010 **Duração**: 40 minutos (15h - 15h40) **Local:** USF Gama (sala de brincar)
1.2. MODALIDADE DA FORMAÇÃO
Educação para a Saúde
Designação: Cuidados com a Praia
1.3. INSTITUIÇÃO/SERVIÇO
Centro de Saúde de Torres Vedras – Unidade de Saúde Familiar Gama
1.4. FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA
Esta sessão surgiu da necessidade de educar os pais e crianças da USF Gama para os cuidados com a praia, dada a época balnear que se aproxima. Como forma de abranger o maior de pessoas possível, consistiu numa repetição da sessão realizada na Festa da Criança. Neste relatório, não serão expostos os diapositivos e suporte teórico já apresentados, mas apenas os adicionais. Não obstante, a sessão foi realizada com o intuito de reunir pais e crianças e festejar a data da sua apresentação - o Dia da Criança.
1.5. OBJECTIVOS
- Sensibilizar pais e crianças sobre os cuidados com a praia, como forma de promover a sua saúde e prevenir os riscos associados; - Conferir "*empowerment*" aos pais no que se refere à temática apresentada; - Incentivar a autonomia e responsabilização das crianças nos cuidados com a praia, como forma de contribuir para o seu Desenvolvimento e Saúde; - Proporcionar a interacção pais-filhos, através do debate sobre a temática apresentada; - Apresentar a História do Dia da Criança e os diferentes Princípios inerentes aos Direitos da Criança.
1.6. DESTINATÁRIOS
Pais e crianças utentes da USF Gama.
1.7. CONCEPÇÃO/ORGANIZAÇÃO
Nome: Sónia Patrício **Categoria**: Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa **Nome:** Emília Soveral **Categoria**: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
1.8. FORMADORES
Nome: Sónia Patrício **Categoria**: Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa
1.9. CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO
Metodologia da Formação: Interrogativa, Activa,

2. PLANO DE SESSÃO

Conteúdos	Actividades	Recursos Didácticos	Duração	Avaliação
	Questão inicial sobre frequência da praia		5 min	
Considerações gerais sobre cuidados com a praia (História do Martim);	Apresentação Interactiva com pais e crianças, sobre cuidados com a praia	Projector/ Portátil	20 min	
História do Dia da Criança/Direitos da Criança;	Apresentação Interactiva com crianças sobre a História do Dia da Criança/Direitos da Criança		10 min	
Discussão e Avaliação da Sessão;	Síntese Final		5 min	Informal, através da opinião e participação dos presentes.
Entrega de folheto "*Vamos à Praia*", amostras de protector solar, livros de pinturas para as crianças sobre cuidados com a praia.		- Folhetos "*Vamos à Praia*"; - Amostras de protector solar; - Livros de pinturas para as crianças sobre cuidados com a praia.		

3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO







10 Mandamentos da Criança para os Pais

1. As minhas mãos são pequenas: por favor não esperem a perfeição ao fazer a cama, desenhar, atirar e agarrar uma bola. As minhas pernas são pequenas: por favor abrandem para eu vos poder acompanhar.

2. Preciso de encorajamento para crescer. Por favor sejam brandos nas vossas críticas. Lembrem-se: podem criticar o que faço sem me criticarem a mim..

3. Os meus olhos não vêem o mundo do mesmo modo que os vossos. Por favor deixem-me explorá-lo em segurança. Não me impeçam de o fazer sem necessidade.

4. Os meus sentimentos ainda estão tenros. Não impliquem comigo o tempo todo. Tratem-me como desejariam ser tratados.



10 Mandamentos da Criança para os Pais

5. As tarefas domésticas estão sempre a precisar de ser feitas. Só sou pequeno por pouco tempo. Por favor percam tempo a explicar-me as coisas deste fantástico mundo em que vivemos e façam-no de boa vontade.

6. Por favor não vão "*fazer por cima*" tudo o que eu faço. Isso dá-me a ideia de que os meus esforços nunca alcançam as vossas expectativas. Sei que é difícil, mas não me comparem a outras crianças.

7. A minha existência é uma dádiva. Cuidem de mim como é esperado, responsabilizando-me pelas minhas acções, dando-me linhas de orientação e disciplinem-me de um modo afectuoso.



10 Mandamentos da Criança para os Pais

8. Por favor não tenham medo de ir passar fora um fim-de-semana. Os filhos precisam de férias dos pais como os pais precisam de férias dos filhos. É uma bela maneira de mostrarem como a vossa relação é especial.

9. Por favor dêem-me a liberdade para tomar decisões que me dizem respeito. Deixem-me falhar, para que eu possa aprender com os meus erros. Assim, um dia estarei preparado para tomar as decisões que a vida me exigirá.

10. Por favor dêem-me todas as oportunidades para eu aprender e bons exemplos para eu seguir. Assim poderei tornar-me numa pessoa verdadeira, recta e humana.



Papás precisamos de Vós...

1. **COMPROMISSO** - Os pais devem comprometer-se a proporcionar cuidados e atenção regular e personalizada às suas crianças.

2. **DISCIPLINA ASSERTIVA** - Os pais devem educar as suas crianças aplicando uma disciplina assertiva, compreensiva e compassiva, sem violência de qualquer tipo.

3. **AMBIENTE** - Os pais devem assegurar às suas crianças um ambiente de apreço e reconhecimento. Os pais devem promover um ambiente físico saudável e organizado.

4. **SENTIDO DE INCLUSÃO NA FAMÍLIA** - É muito importante que os pais assegurem às crianças um sentido de inclusão na família, pois esse sentimento de pertença permitirá às crianças exercer o direito de participação na vida familiar.

(COUNCIL OF EUROPE, 2008)



Papás precisamos de Vós...

5. **CONFIANÇA MÚTUA** - Ambos, pais e criança, devem-se olhar mutuamente como seres humanos e criar uma relação de proximidade.

6. **EXEMPLOS POSITIVOS** - Os pais deverão constituir-se como modelos emocionais positivos para as crianças, transmitindo aos seus filhos pensamentos e comportamentos emocionalmente saudáveis.

7. **ORIENTAÇÃO E INSTRUÇÃO** - Os pais devem desenvolver permanentemente as suas competências parentais com o intuito de definirem objectivos motivadores para as crianças relativamente à sua autonomia e responsabilização.

(COUNCIL OF EUROPE, 2008)



Referências:

COUNCIL OF EUROPE – **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach**. Strasbourg, April 2008. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5.175 p.;

Direitos da Criança. Consultado em 28 Maio 2010. Disponível em: http://www.junior.te.pt/servelets/Rua?P=Sabias&ID=203;

História do Dia da Criança. Consultado em 28 Maio 2010. Disponível em: http://www.junior.te.pt/servelets/Rua?P=Sabias&ID=201.

4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A sessão obteve o parecer favorável dos participantes, que interagiram e partilharam experiências e opiniões sobre as temáticas apresentadas.

ANEXOS

Anexo 1 – Convite para a Sessão de Formação

PAPÁS...NÃO PERCAM

E porque o Dia da Criança, é também motivo da Vossa alegria...
Porque se preocupam com a ***Saúde e Felicidade*** *do Vosso filho...*
Porque mais do que ninguém,
Ele Precisa De Vós...



...Convidamo-vos a estar presentes num

Espaço e Momento de Interacção Pais – Filhos, cheio de surpresas!!!

✷CUIDADOS COM A PRAIA

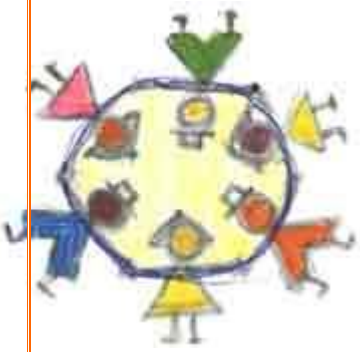


Data: **1 Junho 2010**
Local: Centro Saúde Torres Vedras – USF
Gama - (**sala de brincar**)
Hora: **18h – 18h30**

Prelectora: Enfª Sónia Patrício
(mestranda em Enfermagem na área Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa, sob Orientação de Enfª Emília Soveral)

Apoio: Uriage®

Anexo 2 – "*História do Dia da Criança*" (Suporte da Sessão)



Ao contrário do que muitas pessoas pensam, o **Dia Mundial da Criança** não é só uma festa onde as crianças ganham presentes.

É um dia em que se pensa nas centenas de crianças que continuam a sofrer de maus tratos, doenças, fome e discriminações (discriminação significa ser-se posto de lado por ser diferente).

Sabias que o primeiro Dia Mundial da Criança foi em 1950?

Tudo começou logo depois da 2ª Guerra Mundial, em 1945. Muitos países da Europa, do Médio Oriente e a China entraram em crise, ou seja, não tinham boas condições de vida.

As crianças desses países viviam muito mal porque não havia comida e os pais estavam mais preocupados em voltar à sua vida normal do que com a educação dos filhos. Alguns nem pais tinham!

Como não tinham dinheiro, muitos pais tiravam os filhos da escola e punham-nos a trabalhar, às vezes durante muitas horas e a fazer coisas muito duras.

Sabias que mais de metade das crianças da Europa não sabia ler nem escrever? E também viviam em péssimas condições para a sua saúde.

Em 1946, um grupo de países da ONU (Organização das Nações Unidas) começou a tentar resolver o problema. Foi assim que nasceu a UNICEF.

Mesmo assim, era difícil trabalhar para as crianças, uma vez que nem todos os países do mundo estavam interessados nos direitos da criança.

Foi então que, em 1950, a Federação Democrática Internacional das Mulheres propôs às Nações Unidas que se criasse um dia dedicado às crianças de todo o mundo.

Este dia foi comemorado pela primeira vez logo a 1 de Junho desse ano!

Com a criação deste dia, os estados-membros das Nações Unidas, reconheceram às crianças, independentemente da raça, cor, sexo, religião e origem nacional ou social o direito a:

- afecto, amor e compreensão;
- alimentação adequada;
- cuidados médicos;

- educação gratuita;
- protecção contra todas as formas de exploração;
- crescer num clima de Paz e Fraternidade universais.

Sabias que em só nove anos depois, em 1959 é que estes direitos das crianças passaram para o papel?

A 20 de Novembro desse ano, várias dezenas de países que fazem parte da ONU aprovaram a "Declaração dos Direitos da Criança".

Trata-se de uma lista de 10 princípios que, se forem cumpridos em todo o lado, podem fazer com que todas crianças do mundo tenham uma vida digna e feliz.

Claro que os Dia Mundial da Criança foi muito importante para os direitos das crianças, mas mesmo assim nem sempre são cumpridos.

Então, quando a "Declaração" fez 30 anos, em 1989, a ONU também aprovou a "Convenção sobre os Direitos da Criança", que é um documento muito completo (e comprido) com um conjunto de leis para protecção dos mais pequenos (tem 54 artigos!).

Esta declaração é tão importante que em 1990 se tornou **lei** internacional!

Referências:

História do Dia da Criança. Consultado em 28 Maio 2010. Disponível em: http://www.junior.te.pt/servelets/Rua?P=Sabias&ID=201.

Anexo 3 – "*Os Direitos da Criança"* (Suporte da Sessão)

Sabias que, como criança, tens direitos?

a 

Em 1959 a ONU (Organização das Nações Unidas) escreveu e aprovou "Declaração dos Direitos da Criança".

Esta declaração é composta por 10 artigos, muito simples, que dizem respeitos ao que podes fazer e ao que as pessoas responsáveis por ti devem fazer para que sejas feliz, saudável e te sintas seguro.

(É claro que **tu também tens responsabilidades** para com as outras crianças e para com os adultos para que também eles gozem dos seus direitos).

Vamos conhecer os 10 princípios da "Declaração..."?

1º.Princípio - Toda criança será beneficiada por estes direitos, sem nenhuma discriminação de raça, cor, sexo, língua, religião, país de origem, classe social ou situação económica. Toda e qualquer criança do mundo deve ter seus direitos respeitados!

2º.Princípio - Todas as crianças têm direito a protecção especial e a todas as facilidades e oportunidades para se desenvolver plenamente, com liberdade e dignidade. As leis deverão ter em conta os melhores interesses da criança.

3º.Princípio - Desde o dia em que nasce, toda a criança tem direito a um nome e uma nacionalidade, ou seja, ser cidadão de um país.

4º.Princípio - As crianças têm direito a crescer e criar-se com saúde. Para isso, as futuras mães também têm direito a cuidados especiais, para que seus filhos possam nascer saudáveis. Todas as crianças têm também direito a alimentação, habitação, recreação e assistência médica.

5º.Princípio - Crianças com deficiência física ou mental devem receber educação e cuidados especiais exigidos pela sua condição particular. Porque elas merecem respeito como qualquer criança.

6º.Princípio - Toda a criança deve crescer num ambiente de amor, segurança e compreensão. As crianças devem ser criadas sob o cuidado dos pais, e as mais pequenas jamais deverão separar-se da mãe, a menos que seja necessário (para bem da criança). O governo e a sociedade têm a obrigação de fornecer cuidados especiais para as crianças que não têm família nem dinheiro para viver decentemente.

7º.Princípio - Toda a criança tem direito a receber educação primária gratuita, e também de qualidade, para que possa ter oportunidades iguais para desenvolver as suas habilidades. E como brincar também é uma boa maneira de aprender, as crianças também têm todo o direito de brincar e de se divertir!

8º.Princípio - Seja numa emergência ou acidente, ou em qualquer outro caso, a criança deverá ser a primeira a receber protecção e socorro dos adultos.

9º.Princípio - Nenhuma criança deverá sofrer por negligência (maus cuidados ou falta deles) dos responsáveis ou do governo, nem por crueldade e exploração. Não será nunca objecto de tráfico (tirada dos pais e vendida e comprada por outras pessoas). Nenhuma criança deverá trabalhar antes da idade mínima, nem deverá ser obrigada a fazer actividades que prejudiquem sua saúde, educação e desenvolvimento.

10º.Princípio - A criança deverá ser protegida contra qualquer tipo de preconceito, seja de raça, religião ou posição social. Toda criança deverá crescer num ambiente de compreensão, tolerância e amizade, de paz e de fraternidade universal.

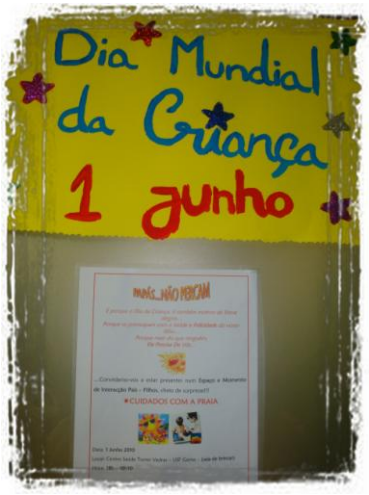
Se tudo isto for cumprido, no futuro as crianças poderão viver em sociedade como bons adultos e contribuir para que outras crianças também vivam felizes!

Referências:

Direitos da Criança. Consultado em 28 Maio 2010. Disponível em: http://www.junior.te.pt/servelets/Rua?P=Sabias&ID=203.

Anexo 4 – Fotografias do espaço destinado à sessão e das actividades realizadas no final da mesma


Dia Mundial da Criança


Dia Mundial da Criança
1 Junho


Quem consegue resistir
ao melhor deste mundo...
Direitos da Criança



Anexo XII

Manual de Fundamentação do Projecto

"Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido"

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS



" Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido"

- Manual de fundamentação do Projecto -

Elaborado por:

Sónia Patrício

(mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - Universidade Católica Portuguesa)

Orientado por:

Enfermeira Especialista Sofia Nuno

Professora Elisabete Nunes

Lisboa
Outubro 2010

Posso dar-te a lua…para te aninhares e adormeceres feliz…
Posso decifrar o brilho dos teus olhos…para poder compreender o que queres dizer…
Posso ajudar-te a acreditar nos sonhos…para te fazer descobrir outra realidade…
Posso dar-te a confiança…para teres vontade de vencer…
Posso ensinar a tua família…para te desenvolveres em harmonia…
Posso aumentar a tua independência...para enfrentares o mundo tão vasto…
Posso diminuir a tua dor…para quereres viver…
Posso fazer com que todos juntos…aceitemos a tua diferença…
Posso ESTAR DO TEU LADO E ACREDITAR EM TI…HOJE E SEMPRE!!!

(Adaptado Associação Portuguesa Massagem Infantil, 2004)

ABREVIATURAS

Ex: - exemplo

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido pré-termo

SIGLAS

HDE – Hospital Dona Estefânia

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

SUMÁRIO Página

1. PARENTALIDADE POSITIVA - CONCEITO 5
2. PARENTALIDADE POSITIVA E ENFERMAGEM 9
3.PARENTALIDADE POSITIVA E UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS 11
4. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO 13
5. REFERÊNCIAS 15

1. PARENTALIDADE POSITIVA – CONCEITO

No seio da dinâmica familiar, a parentalidade pode ser entendida como um processo de adaptação dos pais (principais cuidadores e educadores) ao seu novo papel, pela responsabilidade de gestão das respostas da criança, nas suas próprias respostas e da família. É porventura uma das tarefas mais desafiantes da vida adulta e é, actualmente, alvo de vários tipos de evidência científica.

Em Portugal, os maus tratos infantis exigem atenção e prevenção. Em 2007 e 2008, a negligência foi a forma mais elevada e prevalente de maus tratos no grupo etário dos 0 aos 5 anos (Alverenga, 2008; Santos, 2009). As crianças abusadas ou negligenciadas têm risco de desenvolver problemas de saúde em adultos, pelo que o Center of Disease Control and Prevention (2008) recomenda a promoção de competências de parentalidade positiva como estratégia de prevenção.

A parentalidade positiva é ainda fundamental nos 1º.s três anos de vida da criança, uma vez que o cérebro humano tem grande potencial para a aprendizagem e os pais têm oportunidade para optimizarem o desenvolvimento dos filhos (American Academy of Pediatrics, 2005).

As preocupações ligadas à realidade onde crescem e são educadas as crianças, levam a realçar a importância de um ambiente harmonioso, estável e positivo, onde quer os pais, quer as crianças encontrem um espaço próprio e sejam amados e reconhecidos. Neste contexto, torna-se necessária uma nova atitude no relacionamento dos pais com os seus filhos, bem como novas exigências no exercício das responsabilidades parentais; uma atitude que reconheça a criança como pessoa que tem necessidades e opiniões, que a estruture, responsabilize e que a valorize, ajudando-a a adquirir auto-estima e auto-confiança, promovendo o seu bem-estar e desenvolvimento.

Posto isto, um novo conceito emerge…a **Parentalidade Positiva**. Segundo o Council of Europe (2008), pode ser definido como "*um comportamento parental baseado no* ***Superior Interesse da Criança****; fundado no respeito pelos seus direitos, que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas, através da protecção dos riscos e da criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia*". A este conceito estão inerentes diferentes princípios e recomendações, baseados na Convenção dos Direitos da Criança e noutros documentos oficiais nacionais e internacionais, que conferem uma enorme responsabilidade à protecção, respeito pela criança e importância de um ambiente familiar acolhedor, seguro, de empenho mútuo por parte de todos os membros.

O reconhecimento das crianças e dos pais como titulares de direitos e sujeitos a obrigações, com um potencial natural e pluralista e parceiros essenciais na optimização do potencial de desenvolvimento da criança, constituem os princípios básicos da Parentalidade Positiva. As Recomendações (Council of Europe, 2008) correspondem a:

1. ***Compromisso*** - Os pais devem comprometer-se a proporcionar cuidados e atenção regular e personalizada aos seus filhos, mesmo em contexto hospitalar. É imprescindível que pai e mãe, no exercício activo de uma parentalidade positiva, desenvolvam uma rotina diária de interacção focalizada em cada um dos seus filhos, dado que a qualidade do tempo individual é o que lhes confere a sensação de serem especiais, valorizados interiormente e com elevada auto-estima. Estes sentimentos inserem-se num quadro de valores e princípios, conducente à construção de cidadãos socialmente válidos e responsáveis.

2. ***Disciplina Positiva*** - Os pais devem educar as suas crianças aplicando uma disciplina assertiva, compreensiva e compassiva, sem violência de qualquer tipo, contribuindo, através deste exercício positivo da parentalidade, para que estes se tornem adultos emocionalmente saudáveis, cooperantes, sociáveis e responsáveis.

Numa UCIN, os pais podem iniciar esta disciplina através dos limites que lhes oferecem pelo toque, posicionamentos e contacto pele a pele, quando os bebés se encontram mais desorganizados. A aplicação de estímulos positivos e a reacção do bebé perante os mesmos deve ser acompanhada de elogios…esta é a melhor forma dele aprender!

Ao longo da vida, os pais nunca devem dizer que deixam de amar os seus filhos, caso eles assumam atitudes menos próprias. A atitude deve ser criticada, mas o amor entre pais/filhos não deverá ser colocado em causa. Os pais devem ter presente que os momentos de impaciência são temporários e não correspondem a uma atitude do bebé contra eles, mas sim acompanham o desenvolvimento da sua personalidade.

3. ***Ambiente Emocional*** - Os pais devem assegurar às suas crianças um ambiente de apreço e reconhecimento, porque são as expressões parentais do amor e do entusiasmo que fornecem a nutrição emocional, vital para o desenvolvimento saudável das crianças, nomeadamente para o desenvolvimento da auto-estima e do amor-próprio, bem como para a estimulação do desenvolvimento intelectual.

As crianças constroem a sua auto-imagem, em larga medida, a partir da percepção que têm dos sentimentos dos seus pais para com elas, pelo que o facto de os pais elogiarem e apreciarem os esforços dos filhos na aquisição de novas capacidades, quer quando estes têm sucesso quer quando falham, dá origem a um poderoso reforço do seu carácter, da auto-motivação, trazendo-lhes a alegria da satisfação.

Todas as formas de violência física e verbal, assim como a negligência, que é igualmente uma forma de violência, devem ser excluídas do exercício de uma parentalidade positiva. Estas são profundamente traumáticas para os filhos e colocam em causa o princípio fundamental de que a criança precisa de ser aceite e amada.

4. ***Ambiente Físico*** – Os pais devem promover um ambiente físico saudável e organizado, que garanta as condições de segurança e de salubridade necessárias ao desenvolvimento integral da criança, permitindo-lhe explorar, experimentar, de maneira lúdica e agradável, cada espaço, sem riscos ou perigos para a sua saúde física e mental.

O ambiente de uma UCIN, repleto de estímulos, como o ruído, a luz excessiva, os equipamentos e procedimentos dolorosos é gerador de stress para o bebé, que se desorganiza com maior facilidade, obrigando a um gasto energético superior, que poderia ser poupado em prol do seu crescimento e desenvolvimento.

Desta forma, em contexto hospitalar, torna-se fundamental assegurar um ambiente calmo, que respeite a disponibilidade do bebé para a estimulação. Esta deve ser feita preferencialmente pelos pais, o mais cedo possível, essencial à recuperação e desenvolvimento do seu filho.

Á medida que o bebé cresce e, para um desenvolvimento harmonioso, é importante que o meio físico favoreça a liberdade de movimento e de expressão das crianças, de forma a que elas se sintam à vontade para explorar, pesquisar, jogar, brincar, descobrir…

5. ***Sentido de Inclusão na Família*** – É muito importante que os pais assegurem às crianças um sentido de inclusão na família, pois este sentimento de pertença permitirá às crianças exercer o direito de participação na vida familiar. A presença dos pais e sua participação nos cuidados na UCIN é fundamental!

6. ***Confiança mútua*** - Pais e crianças devem-se olhar mutuamente como seres humanos e criar uma relação de proximidade. Neste contexto, os pais devem considerar que toda a confiança deve ser mútua e que a criança precisa de manifestações de reconhecimento e respeito da sua esfera particular.

Em todos os momentos do internamento hospitalar, os pais deverão procurar um clima de afecto, respeito, diálogo e entre-ajuda para com o seu bebé.

7. ***Exemplos Positivos*** - Os pais deverão constituir-se como modelos emocionais positivos para as crianças, transmitindo aos seus filhos, pensamentos e comportamentos emocionalmente saudáveis.

Deverão assim, pautar o seu comportamento e atitudes por padrões morais, éticos, profissionais, humanos, familiares e culturais ao nível mais elevado, a fim de se constituírem como um exemplo irrepreensível para os seus filhos.

Num contexto hospitalar, a carga emocional, por vezes dificulta, a manutenção de uma saúde mental óptima por parte dos pais. É importante que se foquem e valorizem as vitórias e conquistas do dia-a-dia, quer as dos seus filhos, quer as suas.

A satisfação das necessidades básicas dos pais deve ser assegurada, bem como o apoio e suporte em contexto do internamento do filho, com vista à promoção do correcto desempenho das funções parentais, no Superior Interesse da Criança.

8. ***Orientação e Instrução*** - Os pais devem desenvolver permanentemente as suas competências parentais com o intuito de definirem objectivos motivadores para as crianças, relativamente à sua autonomia e responsabilização.

A estimulação do bebé exige um cuidado especial; a introdução de um estímulo deverá ser feita de forma individual, suave e ao ritmo que o bebé permitir, observando as pistas que ele transmite, de forma a que os pais saibam quando parar ou acrescentar novo estímulo.

À medida que o bebé vai crescendo, a introdução de uma nova tarefa ou responsabilidade deve ser gradual, no sentido de evitar a sua desmotivação. Aprender com o seu próprio esforço, contando com a ajuda dos pais, constitui para ele um estímulo, considerando que cada nova realização é um passo em frente. A realização dos seus objectivos deverá ser encorajada e elogiada pelos pais.

A compreensão e gestão do comportamento das crianças e o desenvolvimento de competências para a tomada de decisão permitem que os pais construam confiança na sua própria parentalidade. (Fielden e Gallagher, 2008). Esta fundamental confiança dos pais no seu papel e na sua capacidade e responsabilidade para a solução de problemas, exige dos profissionais uma abordagem de apoio positiva e baseada nos pontos fortes e no potencial dos pais para a promoção da saúde e do desenvolvimento da criança (Heaman et al, 2005).

2. PARENTALIDADE POSITIVA E ENFERMAGEM

Os enfermeiros têm uma posição de destaque pela proximidade com os pais. Numa perspectiva de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a filosofia dos cuidados assenta na criança e família, com vista a uma promoção e envolvimento nas tomadas de decisão, baseada numa parceria entre criança, família e enfermeiro (Casey, 1995). Assim, o *"empowerment"* (capacitação) da família (Council of Europe, 2008), através da criação de oportunidades e meios adequados ao desenvolvimento das suas competências parentais, bem como a potencialização da interacção entre profissionais de saúde e famílias, como suporte/facilitação da sua intervenção no cuidados à criança, torna-se premente na promoção da saúde infantil e na prevenção da doença ou disfunções na criança. Ainda, e de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a parentalidade constitui um foco da nossa actuação (ICN, 2005).

Grande parte dos estudos em parentalidade positiva (de 2003 a 2009) descrevem programas que abordam temáticas preventivas e foram desenvolvidos em visitas domiciliárias, sessões de grupo ou conjugando os dois. Os temas resultantes da análise dos estudos feita em Portugal, foram agrupados, de acordo com o seu conteúdo: "*capacitação dos pais para a parentalidade, comportamento, desenvolvimento e estimulação da criança, interacção pais - criança, segurança e saúde da criança, disciplina positiva e construção de capital social*" (Lopes, et al, 2010). Estes temas encontram-se interligados e são interdependentes.

Um estudo desenvolvido em Portugal num centro de saúde da região de Leiria (Lopes et al, 2010) que pretendia identificar as principais dificuldades dos pais no seu papel parental, evidenciou algumas conclusões:

- *"Cuidar da Criança quando está doente;*

- *Implementar a técnica da amamentação de acordo com o comportamento do bebé;*

- *Falta de experiência para cuidar;*

- *Adaptação dos pais (masculino) ao papel parental;*

- *Responder ao choro da criança;*

- *Nos 1º.s seis meses existem maiores dificuldades;*

- *Pais e mães de filho único têm maior dificuldade de resposta às necessidades da criança;*

- *Pais e mães que têm outros filhos sentem mais dificuldade a nível de suporte".*

De acordo com este mesmo estudo, foram elaboradas algumas formas de resposta por parte dos enfermeiros, nomeadamente:

- *"Apoiando os pais nas suas dificuldades no contexto da realização do seu papel, enquanto interagem com a criança;*

- Integrando os pais no cuidar e não somente as mães;

- Na situação de pais pela primeira vez, direccionando o planeamento para intervenções relacionadas com o desempenho do papel;

- Identificando e respondendo à necessidade de suporte nos pais que têm outros filhos;

- Capacitando os pais para compreenderem e optimizarem as potencialidades da criança em cada fase de desenvolvimento".

Tendo em conta estas sugestões baseadas na evidência científica, os enfermeiros podem incidir numa série de focos da sua actuação, afim de serem encontradas estratégias de intervenção no apoio à parentalidade positiva, sobretudo em crianças dos 0 aos 3 anos, evidenciando programas que possam traduzir ganhos em saúde para a criança e para os pais.

A abordagem dos pais nestes programas deve incluir um diagnóstico sobre as características positivas, capacidades e disponibilidade da família para o desenvolvimento das suas competências parentais (Howard e Brooks – Gunn, 2009). O planeamento das intervenções deve ser baseada nas escolhas dos pais (Fielden e Gallagher, 2008), em assuntos do seu interesse (Benzies et al, 2008; Norr et al, 2003), devendo os restantes focos ser incluídos de forma faseada e abordados pela positiva. A utilização de reforços positivos é sugerida por Benzies et al (2008) e as oportunidades para a interacção pais/filhos e promoção da parentalidade positiva podem corresponder a momentos de brincadeira e jogos (Sadler e Cowlin, 2003).

O relacionamento, o carinho parental e envolvimento parental positivo com a criança são variáveis essenciais na parentalidade positiva segundo Russel (1997). Os pais devem percepcionar as qualidades e comportamentos positivos da criança, demonstrar sensibilidade, carinho, respeito e responder positivamente às solicitações da criança aquando da interacção com a mesma.

O mesmo autor refere que os pais devem assumir atitudes que melhoram as trocas afectivas: expressões emocionais claramente direccionadas para a criança e adaptadas ao seu comportamento, alegria nas respostas dirigidas à criança, calor afectivo através de carícias, palavras que indiquem ternura e atitudes afectivas protectoras, sem atitudes punitivas violentas e rejeição. A acrescentar a esta qualidade nas trocas afectivas, a sensibilidade dos pais para interpretar e responder às necessidades da criança com autenticidade e sincronia são aspectos importantes na parentalidade positiva nas crianças dos 0-3 anos (Pecnik, 2008).

3. PARENTALIDADE POSITIVA E UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS (UCIN)

A prematuridade, o internamento hospitalar são fenómenos que antecipam e alteram a normal transição para a parentalidade, desafiando o desempenho do papel parental. Diferentes sentimentos, medos, expectativas quebradas em relação ao bebé real por parte dos pais são evidentes nas UCIN´s, e podem dificultar o processo de adaptação dos pais ao recém-nascido (RN).

O RN ao ser separado bruscamente dos seus pais, fica privado de tudo aquilo que um bebé que nasce sem necessidades de cuidados especiais recebe, a nível de envolvimento parental. Na UCIN, o RN pode ainda apresentar um aspecto frágil, rodeado de tecnologias assustadoras, que inibem a interacção com os pais.

Por esta e outras razões, os pais de RN prematuros têm dificuldade em manter interacções com os bebés e prestar cuidados adequados, pelo que a prematuridade constitui um grupo de risco em casos de negligência e maus tratos. Segundo Marques e Sá (2004, p.34) " *nos últimos 20 a 25 anos estudos demonstram que os RN hospitalizados e prematuros são frequentemente vítimas de maus tratos e abandono por parte dos pais. O síndrome da criança sujeita a agressão é 8 vezes mais frequente no caso de bebés que passam por tratamento intensivo neonatal do que nos RN de termo e saudáveis".*

Figueiredo (2007) refere ainda que a prematuridade é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade infantil, em consequências das sequelas e doenças crónicas que daí advêm. Refere ainda que estas crianças apresentam frequentemente um atraso no desenvolvimento, problemas de comportamento e baixo desempenho escolar. A prematuridade é ainda considerada um factor de risco para maus tratos infantis (DGS, 2007).

A temática da Parentalidade Positiva reveste-se de extrema pertinência neste serviço, uma vez que nele se assiste ao primeiro encontro pais/filho. Segundo Bowlby (2002, p.219) a vinculação consiste na *" primeira relação humana de uma criança; pedra fundamental sobre a qual se edifica a sua personalidade" e,* como referem diferentes autores, deve ser iniciada tão precocemente quanto possível, pelo que a separação provocada pela necessidade de internamento a que a situação clínica da mãe ou do RN obriga, não deve constituir uma barreira à interacção entre ambos e ao fortalecimento dos laços afectivos que os unem. Esta inclusão dos pais na prestação de cuidados contribui ainda para a prevenção de situações futuras de maus tratos infantis, na medida em que o sentimento de pertença é incutido desde cedo, quer nos pais, quer na criança.

Desta forma, a atenção do Enfermeiro deve centrar-se em aspectos fundamentais que assegurem à criança a construção e vivência em relação. Compreende-se assim a importância da humanização dos cuidados, nomeadamente na promoção da vinculação, na garantia de condições para uma próxima e permanente presença dos pais junto dos filhos. Brazelton

(2009) acrescenta o facto de a vulnerabilidade e a desorganização deverem ser encaradas como oportunidades e desafios…desta forma, os enfermeiros que se encontram em contexto hospitalar podem e devem ser facilitadores de um relacionamento positivo pais/filho, mutuamente compensador.

A filosofia da Parceria de Cuidados em conjunto com o conceito, princípios e recomendações da Parentalidade Positiva, alertam para um percurso, mais do que um objectivo, que os enfermeiros devem seguir. A implementação de medidas promotoras das competências parentais torna-se premente no Superior Interesse da Criança.

4. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Como Enfermeira e Futura Especialista, a observação sistematizada do contexto da UCIN, bem como as conversas informais com elementos da equipa de Enfermagem e a consulta de projectos e documentos implementados, permitiu um diagnóstico que assentou nos pontos fortes e no excelente trabalho desenvolvido na promoção da parentalidade positiva, nomeadamente:

- A equipa de enfermagem possui vários elementos com formação especializada em saúde infantil e pediátrica, possuindo a parceria de cuidados e NIDCAP (Cuidados voltados para o Desenvolvimento do Recém – Nascido) como filosofias;

- A permanência dos pais durante 24h e o horário de visitas alargado, possibilita aos pais uma grande participação nos cuidados aos seus filhos e o suporte familiar;

- Igualdade de oportunidades e incentivo de ambos os progenitores no cuidados do bebé;

- A avaliação das necessidades (alimentação, descanso, suporte familiar, etc.) dos pais e o encaminhamento estruturado, com vista à optimização das suas capacidades no cuidado ao bebé;

- O incentivo ao aleitamento materno, como estratégia fundamental no crescimento e desenvolvimento do RN e promoção da vinculação;

- A implementação de projectos promotores da vinculação, adaptação ao papel parental (suporte e desempenho) e estimulação precoce do RN, como sejam, o método canguru, o toque e a massagem do RN, o acolhimento ao pai, a participação dos pais na prevenção e alívio da dor, da admissão à alta do recém-nascido, reuniões de pais;

- O método de trabalho por enfermeiro responsável é uma realidade, sendo uma mais valia no estabelecimento de uma relação de confiança entre a equipa e os pais;

- A evidência do trabalho dos enfermeiros pela implementação de padrões de documentação dos cuidados de enfermagem e projectos elaborados à luz dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, como uma garantia e sustento à Qualidade dos Cuidados.

A principal missão da UCIN centra-se na sobrevivência e o desenvolvimento do RN, com um investimento forte na formação de profissionais especializados e pós - graduados (HDE, 2010), que procuram incessantemente ajudar os pais dos RN internados no desenvolvimento das suas competências parentais, neste contexto.

Para que os pais possam dar reposta às necessidades das crianças (prematuras e de termo), é necessário que saibam interpretar as suas reacções, de modo a darem respostas adequadas e

nos momentos adequados, protegendo-os da estimulação excessiva e actuando no sentido positivo do seu desenvolvimento.

O Programa de Cuidados Neonatais voltados para o Desenvolvimento (NIDCAP), baseado na teoria sinactiva de H. Als (2003) preconiza encorajar os pais para reconhecer os sinais de desorganização do RN, afim de ser possível encontrar medidas que promovam a organização. Brazelton (2009) refere que os cuidados ao RN devem ser baseados numa estabilização rápida, ao mesmo tempo que possibilitam um envolvimento parental, fundamental na estimulação das capacidades do bebé e seu desenvolvimento harmonioso.

A estimulação deve ser tão precoce quanto possível, evitando riscos e sequelas associadas ao desenvolvimento. Segundo Busnel (2003) citado por Andrade (2004), a aprendizagem do mundo exterior junto aos pais é mais importante que a rotina do banho, pesar, medir, que, segundo a autora, podem esperar.

Neste âmbito surgiu o projecto "*Os Cinco Sentidos do Recém - Nascido",* já pensado por dois enfermeiros da UCIN e incluído nos padrões de documentação, mas não estruturado e implementado. O meu contributo para a sua viabilidade, passa pela fundamentação, de acordo com a temática do meu projecto de estágio, bem como pelas sugestões de implementação, que atenderam sobretudo à rentabilização de recursos humanos e materiais, por meio da articulação com os projectos já existentes.

4. REFERÊNCIAS

ALVERENGA, Filipa [et al] (2008) – **Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em 2007**. Lisboa.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2005) - **Your Baby's First year**.2.ª ed. New York: American Academy of Pediatrics. ISBN:0-553-58794-3.

ANDRADE, M.A. (2004) – **Assistência ao Recém-nascido de Risco**. 2ªed., São Paulo, 202p.

BOWLBY, J. (2002) – **Apego: a natureza do vínculo**. São Paulo. Martins Fontes.67p.

BENZIES, K. [et al.] (2008) - **Strengthening new fathers' skills in interaction with their 5-month-old infants: Who benefits from a brief intervention?** Public Health Nursing, 25(5), p. 431-439.

BRAZELTON, T. B. (2009) – **O Grande Livro da Criança. O Desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Maio 2009, 11ª. ed., 535 p.

CASEY, Anne – Development and Use of Partnership Model of Nursing Care In: GLASPER,E. A.; Tucher, A. – **Advanced in Child Health Nursing**. London. Scutari, 1993.193 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2008) - Understanding Child Maltreatment. **Journal**. [Consultado em Outubro 2010]. Disponivel em www: URL:http:// www.cdc.gov/injury

COUNCIL OF EUROPE (2008) - **Parenting in contemporary Europe: a positive approach**. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6135-2.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2007) - **Documento Técnico de Intervenção em Saúde – Maus Tratos em Crianças e Jovens**. Lisboa, p. 44 – 45.

FIELDEN, J. M.; GALLAGHER, L. M. (2006) - Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: A questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, 45(3), p. 406-417.

FIGUEIREDO, B. (2007) – Massagem ao Bebé. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Sociedade Portuguesa de Pediatria. 38 (1), p. 29-38.

HEAMAN, M.; CHALMERS, K.; WOODGATE, R. (2005) - Early childhood home visiting programme: factors contributing to success. **Journal of Advanced Nursing**, 55(3), p. 291-300.

HOWARD, K. S.; BROOKS-GUNN, J. (2009) - **The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect**. Future of Children*, 19* (2), p. 119-146.

HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA (2010) – **Plano de Acção 2010 - UCIN**. Lisboa.18p.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005) - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**: versão 1.0. Geneva. ISBN: 92-95040-36-8

LOPES, et al (2010) – Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literartura. **Referência.** Coimbra. III Série, nº.1, Julho 2010.p.109 -118.

MARQUES, S.M.N.& SÁ, M.G.S. (2004) - Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Preaturidade.**Referência.**Coimbra (11).p.34-40.

NORR, K. F. [et al.] (2003) - Maternal and infant outcomes at one year for a nurse-health advocate home visiting program serving African Americans and Mexican Americans. **Public Health Nursing**, 20(3), p. 190-203.

PECNIK, Nina (2008) - Towards a vision of parenting in the best interests of the child *in*: **Parenting in contemporary Europe: a positive approach**. Council of Europe. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing. p. 15-36. ISBN 978-92-871-6135-2.

RUSSEL, Alan (1997) - Individual and Family Factors Contributing to Mothers' and Fathers' Positive Parenting. **International Journal of Behavioral Development**, 21 (1), p. 111-132.

SADLER, L. S.; COWLIN, A. (2003) - Moving into Parenthood: A Program for New Adolescent Mothers Combining Parent Education With Creative Physical Activity. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, 8(2), p. 62.

SANTOS, Laura [et al.] (2009) - **Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em 2008.** Lisboa: Instituto da Segurança Social, IP, e Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco. [Consultado em Outubro. 2010]. Disponível em www: URL:. http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=2656&m=PDF> p. 67-81.

Anexo XIII

Instrução de Trabalho do Projecto

"Os Cinco Sentidos do Recém – Nascido"

Instrução de Trabalho

1 - **OBJECTIVO**

- Definir os procedimentos necessários à Implementação do Projecto *"Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido";*
- Uniformizar conceitos e cuidados de enfermagem na UCIN;
- Facilitar a integração de novos elementos na equipa de enfermagem.

2 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros da UCIN do Hospital Dona Estefânia.

3 - SIGLAS, ABREVIATURAS, DEFINIÇÕES

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
Enfª/º - Enfermeira/o
RN – Recém-nascido
UCIN – Unidade Cuidados Intensivos Neonatais

- Estimular – "*acção de Executar com as características específicas: Incitar ou despertar alguma coisa"* (ICN, 2009, p.54).

- Cinco Sentidos do Recém-Nascido – correspondem à visão, audição, olfacto, paladar e tacto que o RN possui desde a gestação e que vai desenvolvendo à medida que cresce (Andrade, 2004).

- Parentalidade Positiva - *comportamento parental baseado no Superior Interesse da Criança; fundado no respeito pelos seus direitos, que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas, através da protecção dos riscos e da criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia*" (Council of Europe, 2008, p.144).

4 - INSTRUÇÃO DE TRABALHO

4.1. OBJECTIVOS

O projecto *"Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido"* consiste num programa de estimulação precoce pelos pais das capacidades sensoriais dos recém-nascidos internados, tendo como suporte os princípios e recomendações da Parentalidade Positiva (Council of Europe, 2008). Os objectivos deste projecto são:

Objectivo geral: Promover a interacção precoce pais/bebés, como estratégia promotora da Parentalidade Positiva.

Objectivos específicos:

- Sensibilizar os pais para as competências sensoriais dos seus filhos;

- Promover o "*empowerment*" dos pais nas diferentes formas de estimulação dos cinco sentidos dos seus bebés;
- Promover um ambiente de afecto e optimismo entre pais/filhos, em contexto hospitalar;

4.2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

Metodologia:

De acordo com a disponibilidade do serviço e com a rotatividade do grupo de pais, a sessão deverá ser realizada pelos enfermeiros dinamizadores do projecto, uma vez por semana, com alternância das salas (Intermédios e Intensivos). A sessão deverá ter a duração de 45 minutos e ser realizada no horário negociado entre enfermeiros e pais;

Pretende-se uma formação interactiva, com uma primeira parte em grupo e uma segunda parte individualizada, em contexto hospitalar.

Preparação da Sessão

Cerca de dois dias antes**:**

1. Os enfermeiros dinamizadores do projecto deverão consultar o documento de *Avaliação Inicial do Recém – Nascido e Família* dos processos clínicos dos bebés internados na UCIN, no que se refere a:

Enquadramento Familiar e Social: disponibilidade dos pais para acompanhar: _____*

Interacção Pais / RN: espontânea ☐ estimulada ☐

Dados: _____**

Caso estes itens não estejam preenchidos, os enfermeiros deverão proceder ao seu preenchimento, tendo em conta aspectos como:

* - Disponíveis / Parcialmente disponíveis/ Indisponíveis (colocar motivo da indisponibilidade).

** - Quer seja espontânea ou estimulada, avaliar conhecimento dos pais sobre formas de estimulação do RN e sua predisposição para ensinos sobre estimulação, em contexto hospitalar.

2. Entregar *convites* aos pais predispostos aos ensinos sobre estimulação, nos quais é mencionado o material necessário a trazer para a realização da sessão;
3. Explicar individualmente a cada casal, os objectivos da sessão e aferir a possibilidade de obtenção do material. Caso não seja possível a aquisição do material pelos pais, existe uma *caixa* com brinquedos adequados e disponível na UCIN, identificada com "*Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido"* e acompanhada do respectivo guia de utilização;
4. Os enfermeiros dinamizadores deverão tomar conhecimento, através dos processos clínicos, das idades corrigidas de cada bebé, bem como da sua situação clínica, de forma a serem adequados os ensinos realizados.

Dia da Sessão:

1. Previamente à realização da sessão, os enfermeiros devem procurar estabelecer um ambiente calmo na sala, sem ruído e luzes fortes, avisando os colegas de turno para serem evitadas interrupções;
2. Reunir todo o material necessário.

Material:

- Computador portátil;
- Leitor de Cd;

- Objectos trazidos pelos pais (brinquedo colorido e com contornos definidos; brinquedo com música, cd/Mp3 com música que ouviam na gravidez; fralda de pano/tecido com cheiro dos pais, máquina fotográfica ou telemóvel com câmara;
- Caixa "*Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido*" - contém brinquedo musical, brinquedo de tecido colorido e com rosto, cubo geométrico, cd de música para bebés;
-Máquina fotográfica.
- Compressas,
- Solução dextrosada.

Documentos:

- Processos Clínicos dos Recém – Nascidos;
- Documento de *Avaliação Inicial do Recém - Nascido e Família*;
- Convites para os pais;
- Plano de Sessão "*Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido"*;
- Guia Orientador da Sessão aos Pais;
- Grelha de Registo da Aprendizagem;
- Diploma para os Pais;
- Questionário de Avaliação da Sessão de Formação;
- Documento de *Ensinos para Alta na UCIN*.

Abordagem da Sessão:

1. Reunir os pais junto do computador portátil e proceder à abordagem estruturada no Plano de Sessão e de acordo com o Guia Orientador;
2. Na apresentação dos elementos, conforme mencionada no plano de sessão, os pais devem igualmente apresentar os seus bebés;
3. Aquando da abordagem dos cinco sentidos, os pais deverão ser encaminhados para junto do bebé, afim de puderem interagir com ele, estimulando-lhes cada sentido de forma individual;
4**.** Os enfermeiros dinamizadores deverão adequar os ensinos de forma personalizada, de acordo com a idade gestacional e a situação clínica do bebé;
5. Os enfermeiros dinamizadores assumirão o papel de conselheiros, facilitadores, parceiros e educadores optimistas junto dos pais, de forma a que, juntos, possam encontrar as melhores

estratégias de estimulação para cada bebé, realçando os ganhos positivos, quer da aquisição de competências parentais, quer de competências sensoriais do bebé;
6. No final da sessão, os enfermeiros deverão entregar um diploma aos pais, como reforço positivo da sua actuação.

Registos e Avaliação:

Pelos pais:

1. No final da sessão, os pais deverão preencher a grelha de avaliação da aprendizagem e entregar aos enfermeiros, que posteriormente colocarão a mesma no dossier do projecto;
2. Os dados registados na grelha deverão constar igualmente no livro "*Olá Papás*", conforme o respectivo Guia de Utilização, para posteriormente serem discutidos em grupo na *Reunião de Pais*;
3. De acordo com a vontade dos pais, poderá tirar-se uma fotografia de família, como registo de um momento de interacção familiar, para colocar posteriormente no livro "*Olá Papás*";
4**.**Os pais deverão preencher o questionário de avaliação da sessão de formação, que deverá ser guardado no dossier do projecto;

Pelos Enfermeiros:

1. No final da sessão, os enfermeiros dinamizadores deverão registar a data no documento de *Ensinos para a Alta na UCIN*, no espaço correspondente ao *iten Estimulação dos Cinco Sentidos*. Em *Observações*, deverão registar as alterações observadas na interacção, a serem tidas em conta no *reforço* de ensino e relacionadas com:
- *proximidade pais/filho* (aproximam-se (1) ou mostram receio em aproximar-se (2);
- *expressão emocional na interacção* (sorriso, carícias, palavras meigas, apatia, fáceis triste…),
- **resposta *ao comportamento do bebé*** (muito adequada (MA);adequada (A), pouco adequada (PA), nada adequada (NA).

2. Ao longo da prestação de cuidados, o enfermeiro que presta cuidados deverá ter em conta estes três aspectos, fazer o/os reforços necessários e assinalar no documento *Ensinos para*

Alta na UCIN (do processo do RN) a data de autonomia dos pais, no que se refere à estimulação dos cinco sentidos do bebé, como forma de se registarem os ganhos em saúde.

4.3. ARTICULAÇÃO COM OUTROS PROJECTOS

Avaliação Inicial do Recém – Nascido e Família – para conhecimento da predisposição dos pais para participar no projecto e aferir dados relativos à interacção pais/bebés, afim de a abordagem ser direccionada para as necessidades encontradas;

Reunião de Pais – para discussão em grupo do registo referente à sessão apresentado no Livro "*Olá Papás*";

Da Admissão À Alta – para registo da data do ensino, reforço e autonomia dos pais no documento *Ensinos para Alta na UCIN*. Nas *observações* podem obter-se dados resultantes de alterações na interacção pais/filhos ao nível da estimulação dos cinco sentidos, identificando-se a necessidade de reforço. Por último, a autonomia refere-se aos ganhos obtidos com a implementação do projecto.

5 – REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.A. (2004) – **Assistência ao Recém-nascido de Risco.** 2ªed., São Paulo, 202p.

COUNCIL OF EUROPE (2008) – **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach**. Strasbourg. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5.175 p.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2009) - **Classificação Internacional para a Pratica de Enfermagem (CIPE/ICNP) Versão 1.** Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN: 972-98149-1-0.201p.

LOPES, et al (2010) – Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literartura. **Referência.** Coimbra. III Série, nº.1, Julho 2010.p.109-118.

Anexo XIV

Relatório da Formação

"*Os Cinco Sentidos do Recém – Nascido"*

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

HRE HOSPITAL Dona ESTEFÂNIA

Os Cinco Sentidos do Recém – Nascido

RELATÓRIO DA FORMAÇÃO



SUMÁRIO

	Página
1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO	3
2. PLANO DE SESSÃO	4
3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO	6
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	19
ANEXOS	21
Anexo 1 – Convite aos Pais para a Sessão de Formação	22
Anexo 2 - Guia Orientador da Sessão aos Pais	24
Anexo 3 – Grelha para Registo da Aprendizagem	40
Anexo 4 – Diploma para os Pais	42
Anexo 5 – Questionário de Avaliação da Sessão	44
Anexo 6 – Guia de Utilização da Caixa "*Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido*"	46

1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

1.1. DATA, HORA, LOCAL DE REALIZAÇÃO
Data: 17 Outubro 2010 **Duração**: 1 hora (14h -15h) **Local:** UCIN (Intermédios)
1.2. MODALIDADE DA FORMAÇÃO
Educação para a Saúde
Designação: *"Os Cinco Sentidos do Recém – Nascido"*
1.3. INSTITUIÇÃO/SERVIÇO
Hospital Dona Estefânia - UCIN
1.4. FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA
Esta sessão possui um carácter experimental, na implementação do Projecto "*Os Cinco Sentidos do Recém- Nascido"*. Destina-se a proporcionar um momento de interacção pais-bebé, no âmbito da Promoção da Parentalidade Positiva por parte do EESIP.
1.5. OBJECTIVOS
Geral: - Promover a interacção precoce pais/bebé, como estratégia promotora da Parentalidade Positiva; **Específicos:** - Sensibilizar os pais para as competências sensoriais dos seus filhos; - Promover o *empowerment* dos pais nas diferentes formas de estimulação dos cinco sentidos dos seus bebés; - Promover um ambiente de afecto e optimismo entre pais/filhos, em contexto hospitalar.
1.6. DESTINATÁRIOS
Pais de Recém - Nascidos internados nas salas de cuidados intermédios
1.7. CONCEPÇÃO/ORGANIZAÇÃO
Nome: Sónia Patrício **Categoria**: Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa **Nome:** Sofia Nuno **Categoria**: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
1.8. FORMADORES
Nome: Sónia Patrício **Categoria**: Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa
1.9. CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO
Metodologia da Formação: Expositiva, Activa, Demonstrativa.

2. PLANO DE SESSÃO

Conteúdos	Actividades	Recursos Didácticos	Duração da Actividade	Avaliação
Apresentação dos elementos do grupo (pais, bebés, profissionais presentes);	Apresentação Interactiva		2,5 min	
Apresentação da dinâmica da sessão;	Apresentação Interactiva	Projector/ Portátil	2,5 min	
Recomendações da Parentalidade Positiva;	Apresentação Interactiva		5 min	
Os Cinco Sentidos do Recém – Nascido – princípios e formas de estimulação individualizadas;	Demonstração com os pais	<u>Material trazido pelos pais:</u> - Brinquedos coloridos e com contornos definidos; - Objectos com música suave ou cd/Mp3 com música individualizada; - Fralda de pano/tecido com cheiro dos pais; - Máquina Fotográfica. <u>Material suplente:</u> - Caixa com	30 min	
Avaliação da Sessão.			5 min	Aplicação de um Questionário de avaliação da sessão e de uma Grelha de Aprendizagem

		brinquedos adequados e cd de música para bebés; - Solução dextrosada; - Máquina Fotográfica. <u>Documentos:</u> - Guia Orientador da Sessão; - Grelha de registo da aprendizagem para pais; - Diploma para pais; -Questionário de Avaliação da sessão.		

3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

HOSPITAL Dona ESTEFÂNIA



Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



Sónia Patrício

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

(mestranda em Enfermagem na área Especialização em Saúde Infantil e Pediatria)

Orientação:

Enfermeira Sofia Nuno
Professora Elisabete Nunes

Lisboa
2010

RECÉM-NASCIDO NA UCIN





Amor

Pertença

Protecção



Segurança

Estímulos Positivos

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido

PARENTALIDADE POSITIVA – Recomendações (Council of Europe, 2008)

COMPROMISSO

- Comprometam-se a proporcionar cuidados e atenção regular e personalizada ao seu bebé…Dediquem-lhe tempo, interajam com ele… Tornem-se nossos parceiros no Cuidar!

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



PARENTALIDADE POSITIVA – Recomendações (Council of Europe, 2008)

DISCIPLINA POSITIVA

- Dêem-lhe uma educação adequada, aplicando uma disciplina positiva, compreensiva e compassiva, sem violência de qualquer tipo. Ofereçam-lhe limites, ajudem-no a organizar-se … e elogiem-no SEMPRE!

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



PARENTALIDADE POSITIVA – Recomendações (Council of Europe, 2008)

AMBIENTE EMOCIONAL

- Assegurem-lhe um ambiente familiar de apreço e reconhecimento…mostrem-lhe e digam-lhe o quanto ele é especial para vós…

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



PARENTALIDADE POSITIVA – Recomendações (Council of Europe, 2008)

AMBIENTE FÍSICO

- Forneçam-lhe um ambiente saudável e organizado, dando-lhe a liberdade para explorar, experimentar de maneira divertida e agradável, cada espaço, sem riscos ou perigos para a sua saúde física e mental!

- Na UCIN, procurem manter, com a ajuda dos profissionais, um ambiente calmo, que respeite a disponibilidade do bebé para a estimulação…

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



PARENTALIDADE POSITIVA – Recomendações (Council of Europe, 2008)

SENTIDO DE INCLUSÃO NA FAMÍLIA

-Assegurem-lhe um sentido de pertença, que lhes permitirá no futuro exercer o direito de participação na vida familiar, com toda a sua individualidade e autonomia.

- Acompanhem-no nesta experiência, tanto quanto conseguirem… mostrem e digam-lhe que também aprendem com ele!

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



PARENTALIDADE POSITIVA – Recomendações (Council of Europe, 2008)

CONFIANÇA MÚTUA

- Em todos os momentos, estabeleçam uma relação de proximidade, entre-ajuda, afecto, respeito e confiança com o vosso filho!

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



PARENTALIDADE POSITIVA – Recomendações (Council of Europe, 2008)

EXEMPLOS POSITIVOS

- Cuidem de vós… Sejam exemplos positivos, transmitindo comportamentos e pensamentos emocionalmente saudáveis e atitudes positivas e confiantes!

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



PARENTALIDADE POSITIVA – Recomendações (Council of Europe, 2008)

ORIENTAÇÃO E INSTRUÇÃO

-Procurem compreender as capacidades, limitações e características próprias do nível de desenvolvimento do vosso filho… Cada bebé é diferente de outro!

-Introduzam cada estímulo, cada tarefa, de forma gradual e estejam atentos aos seus sinais…

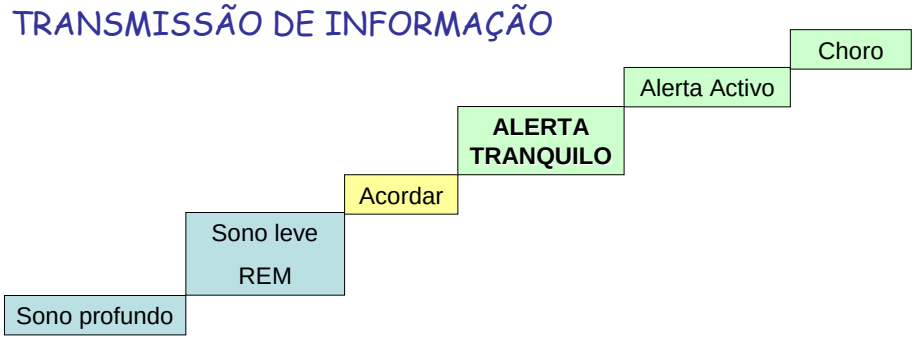
- Elogiem-no, celebrem as suas conquistas e vitórias, valorizem os seus esforços…

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



CONHEÇAM O VOSSO BEBÉ !

TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO



Escala de Avaliação Comportamental de Brazelton (2009)

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



CONHEÇAM O VOSSO BEBÉ !

Estado 1 - *SONO PROFUNDO* – ajuda a organizar e acalmar o recém-nascido, ficando este pouco acessível à interacção.

- Olhos fechados, respiração profunda e regular, actividade motora quase inexistente, pequenos movimentos de sobressalto mas sem acordar.

Estado 2 – *SONO LEVE OU ACTIVO* – ajuda ao crescimento e diferenciação cerebral, estando o recém-nascido mais vulnerável ao mundo externo.

- Olhos fechados mas com alguns movimentos oculares, respiração irregular e rápida, alguma actividade motora (ex: espreguiçar-se, fazer caretas).

(Escala de Avaliação Comportamental de Brazelton, 2009)

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



CONHEÇAM O VOSSO BEBÉ !

Estado 3 – *SONOLÊNCIA* – o bebé parece adormecido, podendo passar para o estado de alerta com estimulação.

- Olhos abrem e fecham, eventualmente ficam abertos mas com aparência adormecida. Podem ocorrer ocasionalmente movimentos suaves dos membros.

Estado 4 – *ALERTA TRANQUILO OU ESTADO DE ALERTA* – o bebé está calmo, susceptível à estimulação e pronto para a interacção.

- Acordado, olhos abertos, movimentos corporais mínimos, respiração regular.

(Escala de Avaliação Comportamental de Brazelton, 2009)

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



CONHEÇAM O VOSSO BEBÉ !

Estado 5 – *ALERTA MAS IRRITADO* – precede o choro. Se o recém-nascido receber estímulos agradáveis pode passar para o estado anterior.

- Olhos abertos, movimentos corporais vigorosos. Pode protestar e choramingar.

Estado 6 – *CHORO* – existem diferentes tipos de choro, de acordo com as necessidades do bebé.

- Choro de fome, de dor, desconforto, aborrecimento.

(Escala de Avaliação Comportamental de Brazelton, 2009)

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



CONHEÇAM O VOSSO BEBÉ !

SISTEMAS PARA ACTUAR

- Reflexos inatos

(ex: sucção, deglutição…)

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



CONHEÇAM O VOSSO BEBÉ !

RECEPÇÃO DE INFORMAÇÃO

- **5 Sentidos** – visão, audição, olfacto, paladar, tacto

"A vida intra-uterina e a primeira infância estão mais em continuidade do que a surpreendente cesura do nascimento deixa crer"

(Freud citado por Andrade, 2004, p.15)

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



ESTIMULEM OS SEUS CINCO SENTIDOS !

PRÍNCIPIOS:

- Manter um ambiente calmo, sem luzes fortes e ruídos;
- Estar atento às pistas verbais e não verbais do bebé;
- Resolver as necessidades fisiológicas do bebé;
- Introduzir um estímulo de cada vez;
- Se o bebé manifestar reacções negativas perante o estímulo de ambos os pais, devem estimulá-lo individualmente;
- Saber parar e retirar estímulos;
- Elogiar o bebé em cada conquista.

(Adaptado Associação Portuguesa Massagem Infantil, 2004)

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



ESTIMULEM OS SEUS CINCO SENTIDOS !



VISÃO

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido




ESTIMULEM OS SEUS CINCO SENTIDOS !
AUDIÇÃO
Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido


ESTIMULEM OS SEUS CINCO SENTIDOS !
OLFACTO
Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido

ESTIMULEM OS SEUS CINCO SENTIDOS !



PALADAR

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



ESTIMULEM OS SEUS CINCO SENTIDOS !



TACTO

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



POSSO…

Posso dar-te a lua…para te aninhares e adormeceres feliz…

Posso decifrar o brilho dos teus olhos…para poder compreender o que queres dizer…

Posso ajudar-te a acreditar nos sonhos…para te fazer descobrir outra realidade…

Posso dar-te a confiança…para teres vontade de vencer…

Posso ensinar a tua família…para te desenvolveres em harmonia…

Posso aumentar a tua independência…para enfrentares o mundo tão vasto…

Posso diminuir a tua dor…para quereres viver…

Posso fazer com que todos juntos…aceitemos a tua diferença…

Posso ESTAR DO TEU LADO E ACREDITAR EM TI…HOJE E SEMPRE!!!

(Adaptado Associação Portuguesa Massagem Infantil, 2004)

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.A. (2004) – **Assistência ao Recém-nascido de Risco**. 2ªed., São Paulo, 202p.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE MASSAGEM INFANTIL (2004): **Manual do Formando.** Lisboa.

BRAZELTON, T. B. (2009) – ***O Grande Livro da Criança. O Desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos***. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Maio 2009, 11ª. ed., 535 p.

COUNCIL OF EUROPE (2008) – **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach**. Strasbourg. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5.175 p.

Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido



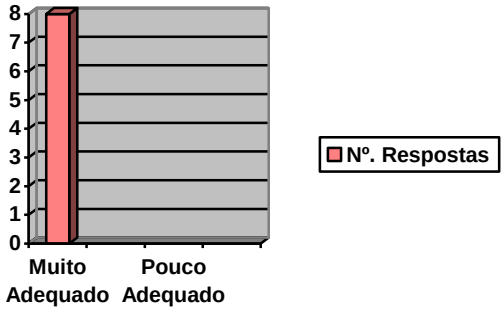

Obrigado pela Vossa Presença!!!
Ass: O Vosso Bebé
Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido

4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Participantes: 8 (4 pais e 4 mães)

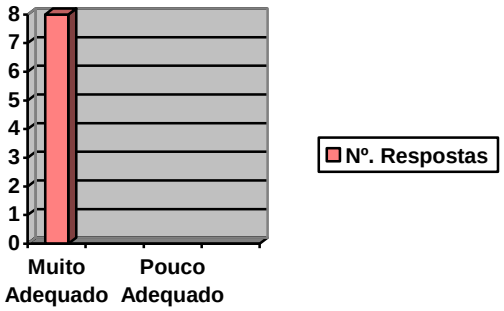
Questão nº.1 – Como avalia o tema apresentado na sessão?

Tema	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. Respostas	8				8



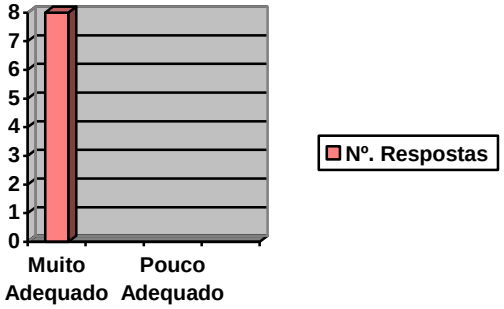
Questão nº. 2 – Como avalia a metodologia utilizada na sessão?

Metodologia	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. Respostas	8				8



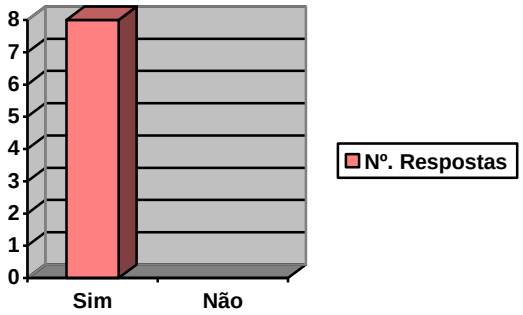
Questão nº.3 – Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?

Metodologia	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. Respostas	8				8



Questão nº. 4 – Considera útil a realização deste tipo de sessões, em contexto hospitalar?

Utilidade da sessão	Sim	Não	Total
Nº. Respostas	8		8



Questão 4.1. – Porquê?

- *"ajuda os pais a compreender o bebé"*

Questão nº. 5 – Sugestões/Comentários

- *"Gostei muito"*
- *"Foi uma experiência muito enriquecedora"*
- *"Devem repetir a sessão"*

ANEXOS

Anexo 1 – Convite aos Pais para a Sessão de Formação

Papás …

Sabiam que o vosso Bebé consegue ver, ouvir, cheirar, saborear e sentir a Vossa Presença?

É um Ser fantástico e mais do que ninguém, ***ele precisa de Vós!!!***

Por isso, gostaríamos que estivessem presentes num momento de descoberta dos ***5 sentidos*** do Vosso filho, para que possamos, em conjunto, encontrar diferentes formas de o ajudar *a Recuperar, Crescer e Ser Feliz…*

Dia: __/__/__ Hora: ___h___

Local: Bem pertinho do Vosso Bebé

Nota: Se possível, pedimos que tragam algum material que poderá ser útil nesta nossa tarefa:

- Brinquedo pequeno, colorido e com contornos definidos (ex: boneco com rosto, figuras geométricas);
- Brinquedo com som (caixinha de música suave ou cd/Mp3 com a música que ouviam durante a gravidez);
- Fralda de pano/boneco de tecido com o qual durmam na noite anterior;
- Máquina Fotográfica/Telemóvel com câmara.

CONTAMOS CONSIGO!!!

A equipa de Enfermagem da UCIN



Anexo 2 – Guia Orientador da Sessão aos Pais

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

" Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido"

- Guia Orientador da Sessão aos Pais -



Elaborado por:

Sónia Patrício

(mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - Universidade Católica Portuguesa)

Orientado por:

Enfermeira Especialista Sofia Nuno

Professora Elisabete Nunes

Lisboa
Outubro 2010

"*OS CINCO SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO*"- SESSÃO AOS PAIS –

(slide 1)

APRESENTAÇÃO dos pais, bebés e profissionais presentes (nomes).

APRESENTAÇÃO DA DINÂMICA DA SESSÃO (parte teórica em grupo/parte prática individual).

(slide 2)

INTRODUÇÃO

O nascimento é o momento em que o bebé se despede definitivamente do seu mundo escuro, calmo, húmido e quente, designado por útero materno, para entrar num mundo luminoso, arejado e repleto de estimulação ambiental, que o acolherá no seu percurso de desenvolvimento e crescimento. Os primeiros 28 dias após o nascimento são designados por período neonatal, em que o bebé é também conhecido por recém-nascido.

Durante muito tempo, pensava-se que um recém-nascido fosse somente capaz de comer e dormir. No entanto, através de diversos estudos de comportamento do recém-nascido, pouco a pouco foi-se desvendando o mundo das sensações que um bebé é capaz de perceber, para além das suas formidáveis habilidades instintivas. Desde cedo, o recém-nascido recorre a diversos mecanismos intrínsecos, ou seja, vai fazer uso das suas capacidades sensoriais, de forma a que a sua adaptação à vida extra uterina decorra de forma saudável.

O recém-nascido internado apresenta grande vulnerabilidade, imaturidade e fragilidade, quer pela própria situação clínica, quer pela separação dos pais, que são muito importantes para ele. Assim, o investimento que os pais fornecem ao bebé, é vital no seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Diferentes autores referem que os cuidados ao bebé hospitalizado deverão ser prestados preferencialmente pelos pais, com todo o amor, segurança e protecção, sentido de pertença e estímulo, que só estes lhes podem transmitir.

A estimulação do bebé corresponde ao conjunto de estímulos que os pais necessitam de oferecer para que o seu filho desenvolva as suas capacidades. A estimulação deve ser tão precoce quanto possível, evitando riscos e sequelas associadas ao desenvolvimento. Segundo Busnel (2003) citado por Andrade (2004), a aprendizagem do mundo exterior junto aos pais é mais importante que a rotina do banho, pesar, medir, que, segundo a autora, podem esperar.

(Slide 3)

RECOMENDAÇÕES PARA UMA PARENTALIDADE POSITIVA NO CONTEXTO DA NEONATOLOGIA (Council of Europe, 2008)

Os pais deverão ter presentes no exercício das suas funções parentais, como principais cuidadores e educadores dos seus filhos, algumas recomendações que visam o desenvolvimento do bebé num ambiente estimulante, estável, harmonioso e positivo, importante na construção da sua auto-estima, autonomia e bem-estar futuros.

1. ***Compromisso*** - Os pais devem comprometer-se a proporcionar cuidados e atenção regular e personalizada aos seus filhos, mesmo em contexto hospitalar. É imprescindível que pai e mãe, no exercício activo de uma parentalidade positiva, desenvolvam uma rotina diária de interacção focalizada em cada um dos seus filhos, dado que a qualidade do tempo individual é o que lhes confere a sensação de serem especiais, valorizados interiormente e com elevada auto-estima. Estes sentimentos inserem-se num quadro de valores e princípios, conducente à construção de cidadãos socialmente válidos e responsáveis.

(slide 4)

2. ***Disciplina Assertiva*** - Os pais devem educar as suas crianças aplicando uma disciplina assertiva, compreensiva e compassiva, sem violência de qualquer tipo, contribuindo, através deste exercício positivo da parentalidade, para que estes se tornem adultos emocionalmente saudáveis, cooperantes, sociáveis e responsáveis.

Na UCIN, os pais podem iniciar esta disciplina através dos limites que lhes oferecem pelo toque, posicionamentos e contacto pele a pele, quando os bebés se encontram mais desorganizados. A aplicação de estímulos positivos e a reacção do bebé perante os mesmos deve ser acompanhada de elogios…esta é a melhor forma dele aprender!

Ao longo da vida, os pais nunca devem dizer que deixam de amar os seus filhos, caso eles assumam atitudes menos próprias. A atitude deve ser criticada, mas o amor entre pais/filhos não deverá ser colocado em causa. Os pais devem ter presente que os momentos de impaciência são temporários e não correspondem a uma atitude do bebé contra eles, mas sim acompanham o desenvolvimento da sua personalidade.

(slide 5)

3. ***Ambiente Emocional*** - Os pais devem assegurar às suas crianças um ambiente de apreço e reconhecimento, porque são as expressões parentais do amor e do entusiasmo que fornecem a nutrição emocional, vital para o desenvolvimento saudável das crianças, nomeadamente para o desenvolvimento da auto-estima e do amor-próprio, bem como para a estimulação do desenvolvimento intelectual.

As crianças constroem a sua auto-imagem, em larga medida, a partir da percepção que têm dos sentimentos dos seus pais para com elas, pelo que o facto de os pais elogiarem e apreciarem os esforços dos filhos na aquisição de novas capacidades, quer quando estes têm sucesso quer quando falham, dá origem a um poderoso reforço do seu carácter, da auto-motivação, trazendo-lhes a alegria da satisfação.

Todas as formas de violência física e verbal, assim como a negligência, que é igualmente uma forma de violência, devem ser excluídas do exercício de uma parentalidade positiva. Estas são profundamente traumáticas para os filhos e colocam em causa o princípio fundamental de que a criança precisa de ser aceite e amada.

(slide 6)

4. ***Ambiente Físico*** – Os pais devem promover um ambiente físico saudável e organizado, que garanta as condições de segurança e de salubridade necessárias ao desenvolvimento integral da criança, permitindo-lhe explorar, experimentar, de maneira lúdica e agradável, cada espaço, sem riscos ou perigos para a sua saúde física e mental.

O ambiente de uma UCIN, repleto de estímulos, como o ruído, a luz excessiva, os equipamentos e procedimentos dolorosos é gerador de stress para o bebé, que se desorganiza com maior facilidade, obrigando a um gasto energético superior, que poderia ser poupado em prol do seu crescimento e desenvolvimento.

Desta forma, em contexto hospitalar, torna-se fundamental assegurar um ambiente calmo, que respeite a disponibilidade do bebé para a estimulação. Esta deve ser feita preferencialmente pelos pais, o mais cedo possível, essencial à recuperação e desenvolvimento do seu filho.

Á medida que o bebé cresce e, para um desenvolvimento harmonioso, é importante que o meio físico favoreça a liberdade de movimento e de expressão das crianças, de forma a que elas se sintam à vontade para explorar, pesquisar, jogar, brincar, descobrir…

(slide 7)

5. ***Sentido de Inclusão na Família*** – É muito importante que os pais assegurem às crianças um sentido de inclusão na família, pois este sentimento de pertença permitirá às crianças exercer o direito de participação na vida familiar. A presença dos pais e sua participação nos cuidados na UCIN é fundamental!

(slide 8)

6. ***Confiança mútua*** - Pais e crianças devem-se olhar mutuamente como seres humanos e criar uma relação de proximidade. Neste contexto, os pais devem considerar que toda a confiança deve ser mútua e que a criança precisa de manifestações de reconhecimento e respeito da sua esfera particular.

Em todos os momentos do internamento, os pais deverão procurar um clima de afecto, respeito, diálogo e entre-ajuda para com o seu bebé.

(slide 9)

7. ***Exemplos Positivos*** - Os pais deverão constituir-se como modelos emocionais positivos para as crianças, transmitindo aos seus filhos, pensamentos e comportamentos emocionalmente saudáveis.

Deverão assim, pautar o seu comportamento e atitudes por padrões morais, éticos, profissionais, humanos, familiares e culturais ao nível mais elevado, a fim de se constituírem como um exemplo irrepreensível para os seus filhos.

Num contexto hospitalar, a carga emocional, por vezes dificulta, a manutenção de uma saúde mental óptima por parte dos pais. É importante que se foquem e valorizem as vitórias e conquistas do dia-a-dia, quer as dos seus filhos, quer as suas.

A satisfação das necessidades básicas dos pais deve ser assegurada, bem como o apoio e suporte em contexto do internamento do filho, com vista à promoção do correcto desempenho das funções parentais, no Superior Interesse da Criança.

(slide 10)

8. ***Orientação e Instrução*** - Os pais devem desenvolver permanentemente as suas competências parentais com o intuito de definirem objectivos motivadores para as crianças, relativamente à sua autonomia e responsabilização.

A estimulação do bebé exige um cuidado especial; a introdução de um estímulo deverá ser feita de forma individual, suave e ao ritmo que o bebé permitir, observando as pistas que ele transmite, de forma a que os pais saibam quando parar ou acrescentar novo estímulo.

À medida que o bebé vai crescendo, a introdução de uma nova tarefa ou responsabilidade deve ser gradual, no sentido de evitar a sua desmotivação. Aprender com o seu próprio esforço, contando com a ajuda dos pais, constitui para ele um estímulo, considerando que cada nova realização é um passo em frente. A realização dos seus objectivos deverá ser encorajada e elogiada pelos pais.

(slide 11, 12, 13, 14)

CONHECER O RECÉM-NASCIDO

Ao falarmos de estimulação das competências do RN (recém-nascido), de termo ou prematuro (RNPT), torna-se importante o conhecimento prévio da sua forma de comunicar com o mundo exterior. Assim, é necessário termos em consideração *três variáveis* (Brazelton, 2009), que nos permitem interpretar os sinais do bebé, de forma a que os pais possam avaliar a sua disponibilidade para receber estímulos, podendo aplicá-los ou retirá-los adequadamente e com inteiro respeito por ele. São elas:

- Transmissão de Informação – poderá ser avaliada pela *escala comportamental do recém-nascido proposta por Brazelton* (2009), que se baseia nos estados de consciência/ciclos de sono, caracterizados por diferentes comportamentos do RN.

Estado 1 - *SONO PROFUNDO* – ajuda a organizar e acalmar o recém-nascido, ficando este pouco acessível à interacção.

- Olhos fechados, respiração profunda e regular, actividade motora quase inexistente, pequenos movimentos de sobressalto mas sem acordar.

Estado 2 – SONO LEVE OU ACTIVO – ajuda ao crescimento e diferenciação cerebral, estando o recém-nascido mais vulnerável ao mundo externo.

- Olhos fechados mas com alguns movimentos oculares, respiração irregular e rápida, alguma actividade motora (ex: espreguiçar-se, fazer caretas).

Estado 3 – SONOLÊNCIA – o bebé parece adormecido, podendo passar para o estado de alerta com estimulação.

- Olhos abrem e fecham, eventualmente ficam abertos mas com aparência adormecida. Podem ocorrer ocasionalmente movimentos suaves dos membros.

Estado 4 – ALERTA TRANQUILO OU ESTADO DE ALERTA – o bebé está calmo, susceptível à estimulação e pronto para a interacção.

- Acordado, olhos abertos, movimentos corporais mínimos, respiração regular.

Estado 5 – ALERTA MAS IRRITADO – precede o choro. Se o recém-nascido receber estímulos agradáveis pode passar para o estado anterior.

- Olhos abertos, movimentos corporais vigorosos. Pode protestar e choramingar.

Estado 6 – CHORO – existem diferentes tipos de choro, de acordo com as necessidades do bebé.

- Choro forte, choro de fome, choro de dor, choro de aborrecimento.

Quando se reporta esta avaliação ao RNPT, deve ter-se em conta que os seus ciclos de sono são mais curtos, comparativamente ao RN de termo. Ainda, os padrões de sono dos bebés internados em UCIN´s durante longos períodos ficam alterados devido ao excesso de estimulação. Normalmente apresentam o sono desorganizado, com muitos períodos de sono leve, ocupando este cerca de 60 a 70% do dia em RN pouco estáveis; em RN estáveis o sono desorganizado aumenta o estado de alerta e de choro (Brazelton, 2009).

(slide 15)

- Sistemas para actuar – através de *reflexos inatos*. São movimentos automáticos primitivos e reflexos, que se iniciam ainda durante a gravidez. Contribuem para o nascimento e adaptação do feto ao trabalho de parto e nos recém-nascidos contribuem para a sua adaptação ao meio extra-uterino e sobrevivência. Nos RNPT, de acordo com a idade gestacional, ainda não estão presentes alguns dos reflexos que se podem observar no RN de termo.

Os reflexos do recém-nascido vão desaparecendo à medida que o sistema nervoso central amadurece. No entanto, o cérebro necessita de receber estímulos para se desenvolver e integrar numa aprendizagem própria, regulada por uma memória sensorial que integra os sentidos e, numa aquisição de competências próprias, de acordo com os seus estádios de desenvolvimento.

Exemplos de reflexos do RN: sucção, deglutição, marcha, entre outros.

(slide 16)

- Recepção de Informação – através dos seus cinco sentidos.

OS CINCO SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO

Segundo Freud (1962) citado por Andrade (2004, p.15): "*A vida intra-uterina e a primeira infância estão mais em continuidade do que a surpreendente cesura do nascimento deixa crer".* Diferentes estudos demonstram que o feto sente gosto e cheiro, escuta, memoriza e responde à voz e às emoções dos seus pais, bem como de outras pessoas significativas. Logo ao nascer, podemos assistir a uma continuidade do comportamento pré-natal, onde o bebé busca marcos de referência que o ajudam a recordar o período intra-uterino, tais como a voz materna e paterna, os batimentos cardíacos da mãe, o cheiro do líquido amniótico.

(slide 17)

Ao interagir e estimular os cinco sentidos do bebé, os pais devem ter presentes alguns *princípios orientadores* de uma correcta estimulação:

- Manter um ambiente calmo, sem luzes fortes e ruídos;
- Estar atento às pistas verbais e não verbais do bebé;
- Resolver as necessidades fisiológicas do bebé;
- Introduzir um estímulo de cada vez;
- Se o bebé manifestar reacções negativas perante o estímulo de ambos os pais, estes devem estimulá-lo individualmente;
- Saber parar e retirar estímulos;
- Elogiar o bebé em cada conquista.

(slide 18)

A Visão

A visão desenvolve-se alguns meses antes do final da gestação; é o último sentido a desenvolver-se. No ambiente intra-uterino escuro, os bebés apresentam um reflexo protector de fechar com força os olhos contra a luz forte - *reflexo de piscar*.

Por volta das 26 a 30 semanas de vida uterina pode obter-se resposta à luz. O bebé prematuro com 30 ou 31 semanas de gestação já possui referências visuais.

A visão do recém-nascido de termo é limitada a uma distância de aproximadamente 20 cm, que corresponde ao espaço que medeia a visão do rosto de quem o alimenta. A posição quase vertical (> 30º) parece produzir no recém-nascido o estado de alerta mais prolongado, daí que quando é pegado no colo nesta posição, abre os olhos, pronto a comunicar.

O rosto humano exerce uma atracção especial no bebé, que permanece muito atento aos contornos do rosto, olhos e boca, que contrastam com o cabelo. Os músculos que movimentam os olhos para ajudá-los a focar um objecto, estão imaturos à nascença. Por volta das seis semanas, o bebé consegue mover os dois olhos conjuntamente, para seguir um objecto em movimento. Com oito semanas, ele converge os olhos perfeitamente no rosto humano ou num objecto parado. Aos três meses, é capaz de sorrir para o rosto da mãe/pai,

distinguindo-o do rosto de um estranho. Aos quatro meses, a visão já está perfeitamente desenvolvida

Os objectos preferidos do bebé são muito atraentes (cores fortes e grandes contrastes), com contornos definidos, que ajudam a manter a sua atenção. No início de vida, dão preferência a figuras geométricas com linhas e ângulos, passando mais tarde a preferir figuras circulares, como bolas (Andrade, 2004).

Sugestões de estimulação para os pais na UCIN:

23 a 25 semanas

- Explicar aos pais que a interacção olho a olho é significativamente limitada;
- Sempre que possível, posicionar o bebé com o rosto voltado para a direcção dos pais, mesmo que ele esteja com os olhos fechados;
- Quando possível, remover os óculos de fototerapia, para que os pais possam visualizar o rosto do bebé.

26 a 27 semanas

- Explicar aos pais que a interacção olho a olho é limitada por um curto espaço de tempo;
- Quando o bebé abrir os olhos em reposta à voz dos pais, orientá-los para interromperem a interacção vocal e tentar o contacto olho a olho, já que este é momentâneo.

28 a 30 semanas

- Orientar os pais para primeiramente olharem para o bebé, antes de ser introduzido outro estímulo (ex: tocar, falar)
- Orientar os pais para permanecerem no campo visual do bebé enquanto falam com ele, para que o bebé comece a fazer uma associação entre os seus rostos e as suas vozes.

31 a 32 semanas

- Orientar os pais para colocarem o bebé na posição vertical (> 30º) com os olhos protegidos da luz e movimentarem-no suavemente de um lado para o outro, de forma a que ele esteja de olhos abertos por um período de tempo maior.

33 a 35 semanas

- De forma individual, pode experimentar-se que o bebé siga um objecto atraente, com contornos definidos.

36 a 38 semanas

- Experimentar que o bebé siga um objecto, caso ele não tenha conseguido fazê-lo antes.

(slide 19)

A Audição

Nos últimos meses de gestação, a capacidade de ouvir do bebé já está completamente desenvolvida, sendo que, aquando do nascimento, todos os componentes estruturais do ouvido já estão maduros.

O bebé é receptivo ao timbre da voz humana, nas mudanças dos seus tons e velocidades. Segundo Busnel (2003), o bebé prefere uma voz com uma frequência mais elevada, uma modulação mais acentuada e mais lenta (ex: " *booom díía bebéé*"). Este tipo de voz é chamada de "*motherese*" (em português "*mamanhês*").

Segundo a autora supracitada, o bebé prefere escutar a voz humana a qualquer outro som e, a voz da sua mãe de entre outras vozes femininas. Quando o bebé está calmo, a voz materna dirigida o põe em alerta e quando está agitado, o acalma. Permanece mais tempo com os olhos abertos quando escuta a voz que expressa alegria e não se interessa pela voz que demonstra tristeza.

O bebé interessa-se por uma voz dirigida, mais do que uma voz emitida sem direcção. À medida que se desenvolve, olha mais tempo para o rosto humano ou objecto, se for apresentado com uma voz associada. Falar com o bebé ajuda-o a distinguir sons e a desenvolver a linguagem; à medida que obtém mais controle dos movimentos da cabeça, fica mais evidente que ele não apenas consegue ouvir, mas pode determinar exactamente o local de onde vem o som.

Diferentes estudos evidenciam a preferência dos recém-nascidos pelas melodias que haviam escutado no período pré-natal. Parecem gostar de música com marcação rítmica e som pouco elevado (ex: música clássica). As diferenças bruscas de sons e sons altos (ex: rock) provocam o *reflexo do susto ou sobressalto* e elevação nos parâmetros hemodinâmicos: frequência respiratória, frequência cardíaca e saturação de oxigénio (Andrade, 2004).

De entre os brinquedos mais adequados para a estimulação da audição, encontram-se as caixinhas de música e brinquedos com sons suaves.

Se os sons se mantêm num determinado padrão, o bebé abstrai-se deles, criando o que se designa por mecanismo de *habituação*, pouco positivo ao desenvolvimento do bebé (Brazelton, 2009)

Sugestões de estimulação para os pais na UCIN:

23 a 30 semanas

- Explicar que o bebé já escuta as vozes dos pais, incentivando-os a falar para ele, de forma calma, suave e dirigida;
- Caso seja evidente que o bebé não suporta a voz humana e o toque simultaneamente, orientar os pais para falar em primeiro lugar e só depois tocar o bebé;

31 a 35 semanas

- Explicar aos pais que podem colocar junto do bebé, brinquedos com sons suaves;
- Utilizar a música individualizada. A música suave ajuda a relaxar e induz o sono e não deve ser ouvida por períodos longos, mas de 10 a 15 minutos; o som dentro da incubadora deve ser evitado;
- Uma gravação das vozes dos pais (em baixo volume e num momento de expressão de alegria) pode ser utilizada quando estes estiverem ausentes;
- O primeiro colo é fundamental para permitir a escuta dos batimentos cardíacos da mãe, a que estava habituado no período intra-uterino.

36 a 38 semanas

- Encorajar os pais a falarem, cantarem para o bebé, projectando a voz de diferentes direcções (mudando a posição), de forma a que o bebé movimente a cabeça nesse sentido;
- Ensinar-lhes que nos seus monólogos devem manifestar elogios ao bebé, tais como "*que bebé lindo*"!

(slide 20)

O Olfacto

A partir da sétima semana de gestação surge o olfacto. Segundo Busnel (2003), o cheiro do líquido amniótico age como elemento de ligação entre a vida intra-uterina e o leite materno. Ao nascer, o bebé não faz diferença entre o odor deste líquido e o colostro e, mais tarde, o leite materno. Prefere o odor do seio materno a qualquer outro odor.

A mesma autora comenta ainda que o bebé aprende a mamar aquilo a que estava habituado no útero, pelo que a alimentação da mãe que amamenta não deve ser muito diferente daquela que praticava durante a gravidez.

À medida que o bebé cresce, a estimulação do olfacto deve englobar o mundo de cheiros que a rotina diária lhe proporciona, tais como as roupas, a comida, as flores no jardim…

Sugestões de estimulação para os pais na UCIN:

23 a 27 semanas

- Explicar aos pais que o bebé tem um olfacto apurado, sentindo o seu cheiro e o do leite materno;
- Sugerir à mãe para colocar um tecido (fralda, boneco de tecido apropriado) em contacto com os seus seios e deixá-lo dentro da incubadora, mudando o local de forma periódica, de forma a que o bebé direccione a cabeça para esse sentido (experiência de Mcfarlane, citada por Andrade, 2004); igualmente o pai pode deixar um tecido impregnado com o seu odor.

28 a 30 semanas

- Quando possível, o bebé deve ser colocado nos braços dos pais e em contacto pele a pele.

(slide 21)

O Paladar

Na vida intra-uterina, o feto vai frequentemente com as mãos à boca, sugando o dedo e deglutindo o líquido amniótico. Desta forma, além da sucção não nutritiva, o bebé apresenta a sua cavidade oral humedecida.

O bebé já consegue distinguir diferenças entre sabores, sabendo-se que durante a gravidez o feto reage de modo diferente à variabilidade de sabores que o líquido amniótico adquire. A continuidade de sabor entre o líquido amniótico, colostro e leite materno mantém-se à semelhança do cheiro.

Alguns estudos demonstram ainda que o recém-nascido tem uma forte apetência para substâncias adocicadas, em detrimento do azedo ou amargo, manifestando expressões de prazer ou repúdio.

A introdução de novos sabores no bebé deve ser feita cuidadosamente, dando a experimentar um sabor de cada vez. Esta atitude ajuda a detectar uma eventual alergia e a descobrir quais os sabores preferidos. Entre os oito meses e o ano de idade, o bebé já tem uma ideia bastante definida dos sabores de que gosta e dos que não lhe agradam (Andrade, 2004).

Sugestões de estimulação para os pais na UCIN:

23 a 30 semanas

- Caso o bebé não esteja a ser alimentado por via oral, proporcionar-lhe a oportunidade de estar com as suas mãos próximas da boca, facilitando a sucção não nutritiva (melhora a oxigenação, ajuda a estabilizar a pressão intracraniana, aumenta os períodos de sono profundo e prepara o bebé para o aleitamento materno).

31 a 38 semanas

- Incentivar o aleitamento materno, logo que possível;
- Quando o bebé está a ser alimentado por gavagem, podemos explicar a vantagem de humedecer a sua boca e lábios com leite materno, caso não haja contra-indicação do ponto de vista clínico;
- Explicar aos pais que pode ser colocada sacarina no biberão de leite, cujo sabor não seja tolerado pelo bebé (ex: *pepti-júnior*®);
- Explicar-lhes que soluções de dextrose, *aero-om* ® ajudam a acalmar o bebé, no entanto, devem não devem ser administradas pelos pais sem supervisão dos enfermeiros, em função do estado clínico do bebé.

(slide 22)

O Tacto

A pele é o maior órgão sensorial do bebé e é sensível a muitos estímulos. A partir da 16ª. semana de gestação o bebé possui sensibilidade em todo o corpo. A pressão, dor, prazer, temperatura e fricção são elementos sentidos pelo tacto.

A pele é a primeira e mais importante zona de comunicação entre pais e bebé, funcionando simultaneamente para acalmar, alertar e despertar. Através dela é percepcionado o contacto físico e psíquico.

A pele do recém-nascido é coberta de receptores de tacto com densidades variáveis, daí que a zona do corpo em que se toca e a forma com que se toca, também são importantes e determinantes para o tipo de resposta do bebé.

O Toque positivo é um conceito desenvolvido em 2002 por uma Enfermeira Especialista em Neonatologia. Este conceito engloba o acto de tocar com uma atenção especial e individualizada a cada recém-nascido. Através do tacto, podemos ajudar o bebé no auto-consolo, auto-protecção e a controlar a sua actividade motora, contribuindo para o seu desenvolvimento, crescimento e segurança. Tal com refere Adrieenne Rich (2002) citado por Andrade (2004) "*o toque permite saber que não estamos sozinhos no Mundo*".

Considera-se que o toque positivo centra-se numa filosofia de aproximação entre pais e bebés, de forma a que os primeiros possam reconhecer a linguagem interactiva dos filhos e responder de forma adequada e com respeito aos seus sinais. Obedece assim a um diálogo sincronizado de dar e receber, dependendo dos sinais do bebé.

Diferentes formas do toque nutritivo/positivo passam pela contenção, pousar as mãos ("*resting hands*"), método canguru, primeiro colo e massagem (Schneider, 2005).

Benefícios do toque para os bebés:

Por 5 minutos a cada hora por duas semanas, o toque:

- Facilita o crescimento (aumento peso) e o desenvolvimento do recém-nascido (melhora actividade motora; aumenta o estado de alerta, promove o conhecimento do corpo, a auto-estima);
- Reduz o stress (liberta hormonas promotoras de bem-estar);
- Promove a saúde (bem-estar, relaxamento);
- Reduz alguns tipos de dor (libertação de substâncias úteis no alívio da dor);
-Facilita a relação pais/filho (amor, conforto, carinho, confiança, respeito, cumplicidade).

Benefícios do toque para os pais:

- Conhecimento do bebé;
- Vínculo pais/filho;
- Aumento da confiança;
- Melhor comunicação;
- Aumenta o tempo de qualidade com o bebé;
- Relaxamento;
- Diminuição da ansiedade e do stress - previne depressões pós-parto;
- Aumento da prolactina (substância que ajuda na produção do leite materno);
- Promoção da saúde.

Entre o primeiro e o terceiro mês de vida, o bebé depende dos pais para lhe "*levar*" o toque. As crianças sabem que são amadas quando lhes pegamos ao colo, lhes damos carinhos, festas e beijos. Nesta altura, o bebé começará a perceber a diferença entre a forma de tocar do pai e da mãe.

As oportunidades para exercitar o sentido do tacto entre os quatro e os sete meses são intermináveis. É importante que os pais deixem experimentar diferentes texturas, ao mesmo tempo, que não se devem esquecer da importância de uma carícia ou de um beijo terno, sempre que tiverem oportunidade. Este tipo de toque mostra-lhe que está seguro e é amado.

Sugestões de estimulação para os pais na UCIN:

23 a 25 semanas

- Explicar que o bebé se sentirá reconfortado com a presença e toque dos pais;
- Assegurar que os pais têm as mãos aquecidas antes de tocar no bebé;
- Ensinar aos pais que o toque no recém-nascido pré-termo não deve ser em forma de carícia e com a ponta dos dedos, mas sim firme, profundo e acolhedor, de forma a fazer contenção e transmitir limites e segurança;
- Demonstrar com a nossa mão no braço dos pais ou permitir que a mãe toque o pai e vice-versa de forma superficial e profunda, questionado o receptor sobre o tipo de toque que prefere; podemos ainda posicionar a nossa mão sobre a mão dos pais, enquanto estes acariciam o bebé de forma superficial, e esperar que estes adeqúem o toque do bebé ao que sentem na sua mão;
- Previamente ao acto de tocar, deve existir uma fase de reflexão por parte dos pais, onde são observados os sinais do bebé e efectuado o pedido de permissão;
- O contacto visual pais/bebé durante o toque deve ser mantido;
- Após o acto de tocar e o posicionamento correcto do bebé, deve ser feito um toque de contenção final.

28 a 38 semanas

- Envolver o bebé num tecido (fralda, mantinha), deixando os braços na linha média do corpo, as mãos próximas à boca do bebé e as pernas flectidas;
- Promover o primeiro colo – colocar o bebé nos braços dos pais e se possível, com contacto pele a pele.
- O toque positivo pode ser adaptado a todos os cuidados diários com o recém-nascido. Estratégias como mudar a fralda com o recém-nascido posicionado, pesar o recém-nascido com o ninho, dar o banho por partes mantendo a contenção do corpo e usá-la igualmente durante os procedimentos proporcionam a segurança e os limites de que o bebé precisa.

(slide 23)

CONCLUSÃO

Nas primeiras semanas, os cinco sentidos do bebé já estão a funcionar. Ele absorve as visões, os sons, os cheiros, os sabores e todos os contactos com este maravilhoso mundo novo. Como qualquer capacidade humana, o desenvolvimento dos sentidos faz-se ao longo de toda a vida, mas é no primeiro ano que tudo começa.

Até aos três meses de idade, o bebé pode estar longe de andar na escola, mas a educação dos sentidos já começou. Cada minuto que está acordada, a criança está a receber

visões, sons, cheiros e a sentir todo o mundo á sua volta. Embora possa demorar algum tempo até ela perceber o que toda essa informação significa, consegue, ainda assim, encontrar alegria e conforto na familiaridade das vozes, caras e sensações do dia-a-dia.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.A. (2004) – **Assistência ao Recém-nascido de Risco**. 2ªed., São Paulo, 202p.

BRAZELTON, T. B. (2009) – **O Grande Livro da Criança. O Desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Maio 2009, 11ª. ed., 535 p.

COUNCIL OF EUROPE (2008) – **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach**. Strasbourg. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5.175 p.

SCHNEIDER, V. (2005) – **Massaje Infantil: Guia Pratica para el Padre y el Madre**. Barcelona: Medici, 156p.

Anexo 3 – Grelha para Registo da Aprendizagem

Os Cinco Sentidos do Recém - Nascido

- Registo da Aprendizagem -

Data:__/__/__

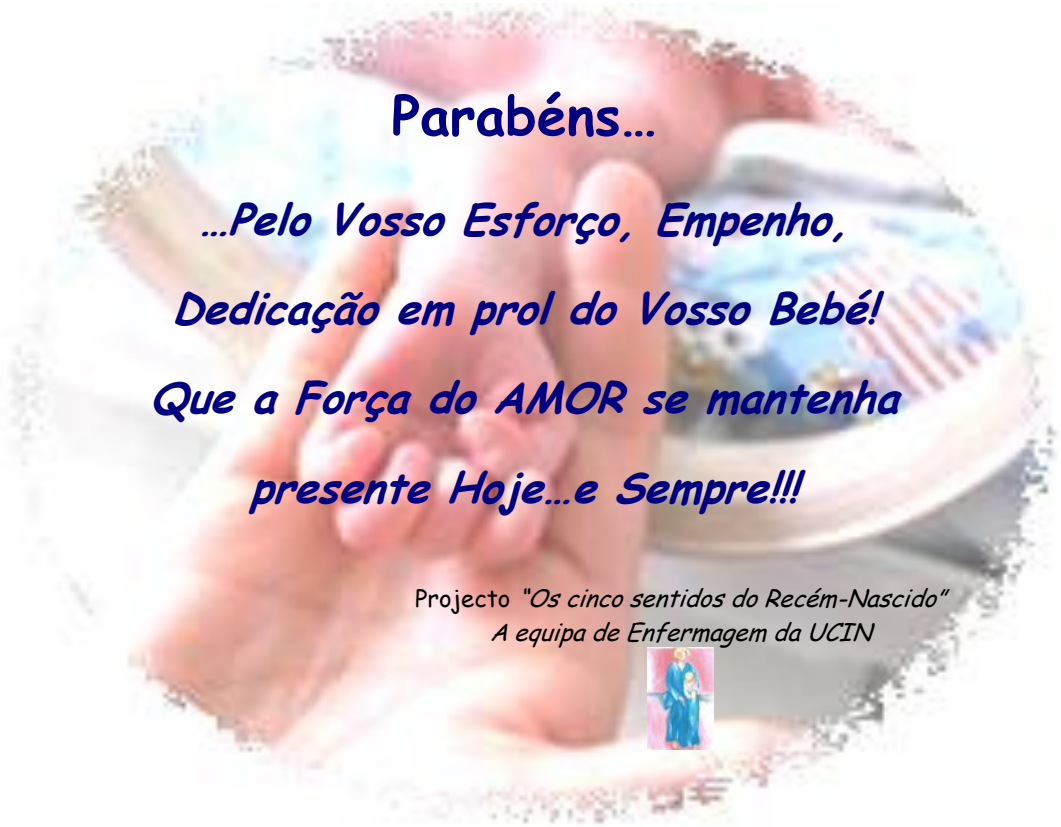
Depois deste momento tão importante para todos nós, gostaríamos que registassem alguns aspectos positivos, que concerteza, não irão esquecer e, vos ajudarão a percorrer o melhor caminho, rumo à Saúde, Desenvolvimento e Felicidade do Vosso Filho!!! Registem igualmente no Livro "*Olá Papás*" e não se esqueçam de fotografar um momento como este.

A nós, este registo, permitirá compreender as vossas necessidades e, consequentemente, uma melhor adequação do nosso trabalho às mesmas.

	O que fui capaz de fazer ao meu bebé?	*O que o meu bebé fez de positivo?*	*Como me senti ao realizar esta actividade?*	*O que quero melhorar para ajudar o meu bebé?*	*Que tipo de apoio de enfermagem foi mais importante para mim?*
MÃE					
PAI	*O que fui capaz de fazer ao meu bebé?*	*O que o meu bebé fez de positivo?*	*Como me senti ao realizar esta actividade?*	*O que quero melhorar para ajudar o meu bebé?*	*Que tipo de apoio de enfermagem foi mais importante para mim?*

Obrigado pela colaboração!

Anexo 4 – Diploma para os Pais



Parabéns…

…Pelo Vosso Esforço, Empenho,

Dedicação em prol do Vosso Bebé!

Que a Força do AMOR se mantenha

presente Hoje…e Sempre!!!

Projecto *"Os cinco sentidos do Recém-Nascido"*

A equipa de Enfermagem da UCIN

Anexo 5 – Questionário de Avaliação da Sessão

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

"Os Cinco Sentidos do Recém- Nascido"

Este questionário tem como objectivo avaliar a sessão de formação, de forma a melhorarmos a nossa actuação em situações futuras. Desta forma, pedimos que coloque um x, na resposta que melhor se adeqúe à sua situação, bem como responda de forma sucinta, às questões abertas apresentadas.

1. Como avalia o tema apresentado na sessão?

Muito Adequado __

Adequado __

Pouco Adequado __

Nada Adequado __

2. Como avalia a metodologia utilizada na sessão?

Muito Adequada __

Adequada __

Pouco Adequada __

Nada Adequada__

3.Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?

Muito Adequada __

Adequada __

Pouco Adequada __

Nada Adequada__

4. Considera útil a realização deste tipo de sessões, em contexto hospitalar?

Sim ☐ Não ☐

4.1.Porquê?

_____

_____

5. Sugestões/Comentários

_____

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo 6 – Guia de Utilização da Caixa "*Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido*"

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS



“ Os Cinco Sentidos do Recém-Nascido”

- *Guia de Utilização da Caixa-*

Elaborado por:

Sónia Patrício

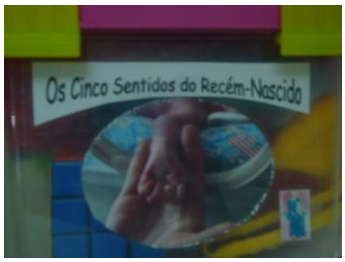
(mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - Universidade Católica Portuguesa)

Orientado por:

Enfermeira Especialista Sofia Nuno

Professora Elisabete Nunes

Lisboa
Outubro 2010



CAIXA – "*OS CINCO SENTIDOS DO RECÉM – NASCIDO*"

A Caixa "*Os Cinco Sentidos do Recém – Nascido*" contém o material necessário à realização da sessão de formação aos pais sobre "*Os Cinco Sentidos do Recém – Nascido".* Poderá ser utilizada sempre que os pais não reúnam condições para a aquisição do material solicitado nos convites prévios ou sempre que não exista a possibilidade de o trazerem no dia da formação.

Material existente na Caixa:

- Brinquedos coloridos e com contornos definidos (ex: bonecos com rosto, figuras geométricas);
- Bonecos com música (ex: caixinhas de música);
- Cd de música suave.

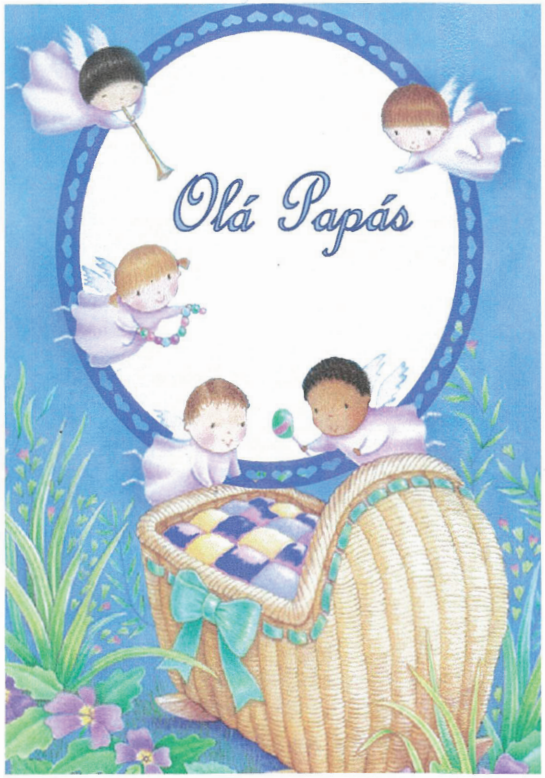
Regras de Utilização:

- O material poderá ser utilizado pelos pais, na sessão destinada à estimulação dos cinco sentidos do seu bebé, sendo posteriormente limpo e recolocado na caixa, para futuras utilizações;

- Sempre que os pais manifestarem vontade para a estimulação dos cinco sentidos do bebé, independentemente da data de realização da sessão, o material poderá ser-lhes emprestado, devendo ser alvo das mesmas formas de limpeza e acondicionamento após a sua utilização.

Anexo XV

Livro *"Olá Papás"*



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

HRE HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.

Hospital Dona Estefânia

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Autora: Enfermeira Sónia Patrício

(Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria – Universidade Católica Portuguesa)

Orientadoras: Enfermeira Especialista Sofia Nuno

Professora Elisabete Nunes

Lisboa

Outubro 2010

Uffa!!! Finalmente cheguei...

Ainda estou um pouco tonto e confuso com tudo isto. É que de repente passei de um sítio escuro, quente e fofo, para um sítio onde há muita luz, frio e barulho... E a minha viagem? Foi tão atribulada, que ainda não recuperei.

Agora estou numa caixinha transparente, quente e tão enroladinho, que até parece que ainda estou no outro sítio agradável de onde vim...Tenho uns tubos e fios ligados a umas máquinas com luzes e apitos, que não gosto muito, mas aos poucos vou-me habituando.

Já conheci alguns meninos como eu e gente crescida vestida de branco, que andam sempre a correr de um lado para o outro, mas que tratam muito bem de mim e dos outros meninos...Eu acho que eles gostam muito de nós...e de vocês também!

Mas a minha maior alegria é poder conhecer-vos... o que eu quero mesmo muito é que estejam por perto!!! Olhem e falem para mim, aconcheguem-me com as vossas mãos e, quando eu estiver melhor, já ouvi dizer que posso sair da caixinha e estar no vosso colo...Não é o máximo???

Mesmo que não possam estar sempre cá...sim, porque também gosto muito de dormir e vocês precisam de descansar, deixem uma fralda de pano ou boneco para eu sentir o vosso cheiro e também uma música calma ou aquela que ouvimos juntos quando eu ainda estava no outro sítio. Outra coisa.... ficam a saber que sou guloso...deram-me um líquido doce que me ajudou a dormir melhor! Mas não vejo a hora de provar o melhor leitinho do Mundo!!! Hummm...vão guardando -o, porque quero bebê-lo logo que possa.

Apesar de pequeno, já sei fazer algumas coisas. Ainda tenho muito que aprender para ser grande e forte e sei que aos poucos vou conseguindo...

Por isso, gostava que escrevessem neste livrinho tudo aquilo (mesmo que seja pouquinho) que eu faço bem e vos deixa contentes...Além disso, queria que escrevessem também as coisas boas que vão aprendendo comigo... eu também sei ensinar!!! Escrevam também o que a gente crescida fazem por nós e digam-lhes, para eles saberem como nos ajudar ainda melhor... E tirem fotografias (sem flash), sempre que puderem!!! Quando for crescido, quero ver e ler tudinho, para saber como era, o que fazíamos quando eu era bebé e ficar orgulhoso de mim mesmo e de vocês...que são os meus Heróis!!!

Afinal, acho que este novo sítio não é assim tão mau... Lutamos todos os dias pela nossa saúde e crescemos juntos...

Os meus Papás …

O nome da minha mamã é _____

O nome do meu papá é _____

Contem-me a Vossa História…Como se conheceram?

_____

_____

_____



Fotografias dos meus papás apaixonados…

Quando souberam que eu iria fazer parte desta história, a minha mamã sentiu-se _____ e o meu papá sentiu-se _____

Nós, ainda no outro sítio…

Durante os tempos em que estive no outro sítio, aquele quente, fofo e apertadinho, falavam de mim, que eu sei!!! O que diziam e o que faziam, enquanto esperavam que eu chegasse?

_____

_____

Bem pertinho de eu sair deste sítio, a minha mamã pesava ___Kg

O que ela mais gostava de comer era _____

Como me comportava nesse sítio maravilhoso?

_____

_____

Como os meus papás "brincavam" comigo ?

_____

_____

Quanto tempo lá estive? _____ semanas

Nós os três… (eu ainda estava escondido, mas já fazia parte da Família)



Eu, num sítio diferente…

A minha primeira fotografia! Apesar de estar cheio de fios e tubos, sou lindo, não sou?



O meu nome é _____

Foi escolhido por _____

Agora que já tenho nome, quero que me chamem por ele…quero sentir-me único e acima de tudo vosso filho…

Nasci no dia __/__/__ às __h__m

O meu peso é _____ gr

A minha altura é _____ cm

A cor dos meus olhos é _____

A cor do meu cabelo é _____

Acham-me parecido com _____

O meu brinquedo preferido é _____

Eu e os meus papás…



A nossa primeira fotografia juntos, depois da minha longa viagem…

O primeiro gesto do meu pai para mim foi _____

O que ele sentiu? _____

Quem estava presente e assistiu? _____

O primeiro gesto da minha mãe para mim foi _____

O que ela sentiu? _____

Quem estava presente e assistiu? _____

Nós, a família e os amigos …

Quem nos visitou? _____

Quem telefonou ? _____



Eu e _____

Qual o gesto que tiveram para mim? _____

Qual o gesto que tiveram para com os meus papás? _____



Eu e _____

Qual o gesto que tiveram para mim? _____

Qual o gesto que tiveram para com os meus papás?

_____

As nossas pequenas, mas grandes Conquistas…

__/__/__

Como os meus papás acham que estou hoje?

_____

O que os papás foram capazes de fazer por mim?

*Mamã*_____

*Papá*_____

O que fiz eu de positivo? _____

_____

O que sentiram os papás?

*Mamã*_____

Papá _____

O que fizeram para vos ajudar? Quem?

*Mamã*_____

Papá _____

O que gostariam que fosse feito? Por quem?

Mamã _____

Papá _____

As nossas pequenas, mas grandes Conquistas…

__/__/__

Como os meus papás acham que estou hoje?

_____

O que os papás foram capazes de fazer por mim?

Mamã_____

Papá_____

O que fiz eu de positivo? _____

_____

O que sentiram os papás?

Mamã_____

Papá _____

O que fizeram para vos ajudar? Quem?

Mamã_____

Papá _____

O que gostariam que fosse feito? Por quem?

Mamã _____

Papá _____

As nossas pequenas, mas grandes Conquistas…

__/__/__

Como os meus papás acham que estou hoje?

_____

O que os papás foram capazes de fazer por mim?

Mamã_____

Papá_____

O que fiz eu de positivo? _____

_____

O que sentiram os papás?

Mamã_____

Papá _____

O que fizeram para vos ajudar? Quem?

Mamã_____

Papá _____

O que gostariam que fosse feito? Por quem?

Mamã _____

Papá _____

Os Nossos Melhores Momentos...





As Recordações...

Colem neste espaço, pequenos documentos que utilizámos neste sítio (ex: pulseira, etiqueta com o nosso nome, entre outros)

Papás … parece que estou melhor !!!

Ao longo de todos estes dias, chorámos e rimos juntos, aprendemos uns com os outros e o melhor de tudo…descobrimos o que é o amor! Eu não sei bem explicar-vos, só sei que deve ser qualquer coisa que vos fez estar sempre do meu lado, vos deu força para continuar a acreditar em mim, em vocês mesmos e na gente crescida que esteve do nosso lado.

Lutámos pela nossa Saúde, Crescimento e Felicidade…eu recuperei e vocês, além de ganharem um filho lindo, aprenderam a conhecê-lo, a cuidar dele e a educá-lo…tudo o que precisei e vou continuar a precisar…Sempre!!!

A gente crescida vestida de branco também ficaram muito contentes por nós…eu ouvi-os dizer, que estamos de Parabéns…isso é bom, não é?!

Bem, está na hora de irmos embora…mas antes quero dizer-vos um Obrigado do Tamanho do Mundo por serem os melhores papás e os meus Heróis!!!

Comprometam-se a cuidar de mim… preciso do vosso tempo, da vossa dedicação para aprender, crescer e ser Feliz!

Ajudem a organizar-me, a viver neste mundo novo, com limites, regras, paciência e compreensão…

Mostrem e digam-me o quanto sou especial para vós…

Mantenham um ambiente calmo e organizado…respeitem o meu soninho, para que possa crescer

Sou a bebé mais Feliz do Mundo, porque pertenço a uma família que me ama, cuida, protege

Confiem em mim, tanto quanto confio em vós…ofereçam-me todos os dias, o maior presente…o vosso amor

Cuidem de vós, para melhor poderem cuidar de mim…sejam optimistas e confiantes

Estejam atentos aos meus sinais e "brinquem comigo" tanto quanto possível! Não se esqueçam de elogiar as minhas vitórias…elas ajudam-me a crescer

Anexo XVI

Guia de Utilização do Livro *"Olá Papás"*

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS



- Guia de Utilização do Livro -

Elaborado por:
Sónia Patrício
(mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - Universidade Católica Portuguesa)

Orientado por:
Enfermeira Especialista Sofia Nuno
Professora Elisabete Nunes

Lisboa
Outubro 2010

LIVRO "*Olá Papás*"

O livro " *Olá Papás*" pretende conter o registo dos pontos fortes e sentimentos quer relacionados com a aquisição das competências parentais, quer com o desenvolvimento e recuperação do Recém – nascido de Risco, quer com o suporte que é proporcionado aos pais ao longo da hospitalização. O principal objectivo consiste na promoção da vinculação, tão precoce quanto possível, neste contexto.

Uma vez que a comunicação pais/filho está comprometida, utiliza-se uma linguagem proveniente do Bebé, afim de se proceder ao apelo das diferentes formas de estimulação e interacção com o mesmo, nomeadamente no âmbito dos cinco sentidos, como reforço escrito à prévia formação (do projecto "*Cinco Sentidos do Recém – Nascido*") que os pais devem assistir, antes da entrega e explicação do livro.

A parentalidade positiva constitui a temática de suporte, encontrando-se no final do livro, as recomendações do Conselho da Europa (2008) para o seu exercício. O reforço positivo do trabalho dos pais encontra-se bem patente nas últimas páginas, como sugerem os estudos no âmbito da temática.

Existem dois livros: o azul adequado para meninos e o rosa para meninas.

O livro deve ser oferecido aos pais, que assim o pretendam, após abordagem na sessão de formação supracitada, sem número de páginas. Os pais podem solicitar tantas folhas, quantas necessárias e adequadas ao período de internamento, construindo o seu próprio livro, de forma personalizada.

O conteúdo do livro poderá ser alvo de debate e discussão na Reunião de Pais, se os pais assim o pretenderem.

Anexo XVII

Check List para uma Avaliação da Qualidade

CHECK LIST PARA UMA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE
(Heather Palmer, 2004)

TEMA: Cinco Sentidos do Recém – Nascido

1. DIMENSÃO ESTUDADA

Adequação Técnico Científica

2. UNIDADES DE ESTUDO

Utilizadores incluídos na avaliação:

Pais de Recém – Nascidos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia

Profissionais em avaliação:

Todos os Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia

Período de tempo em que se avalia:

Trimestral

3. TIPOS DE DADOS

Estrutura – Documento de *Ensinos para Alta na UCIN,*

Processo – Documento de *Avaliação Inicial ao Recém – Nascido e Família;*

Resultado – Documento de *Ensinos para Alta na UCIN;*

- Grelha de Registo da Aprendizagem dos pais;
- Questionário de avaliação da sessão de formação aplicado aos pais;

Epidemiológico - Documento de *Ensinos para Alta na UCIN.*

4. FONTE DE DADOS

Processos Clínicos

Dossier do Projecto

5. TIPO DE AVALIAÇÃO

Interna

6. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

- Todos os Recém – Nascidos, cujos pais mencionem disponibilidade para participar nos cuidados (através do registo no documento de *Avaliação Inicial ao Recém – Nascido e Família*), devem ser estimulados;
- Todos os Recém – Nascidos devem ser estimulados por parte dos pais, em pelo menos um dos cinco sentidos.

7. COLHEITA DE DADOS

Enfermeiros dinamizadores do projecto
Assistente Técnica Alexandra Amaral

8. RELAÇÃO TEMPORAL

Avaliação Retrospectiva

9. SELECÇÃO DA AMOSTRA

Todos os Pais dos Recém – Nascidos internados, no trimestre em avaliação, com mais de 3 dias de internamento.

10. INTERVENÇÃO PREVISTA

Medidas Educacionais

- Formação em serviço à Equipa de Enfermagem sobre a norma de procedimento do Projecto " *Os Cinco Sentidos do Recém – Nascido";*
- Formação aos pais sobre *"Os Cinco Sentidos do Recém – Nascido".*

11. INDICADORES DE AVALIAÇÃO (Ordem dos Enfermeiros, 2007)

Enunciado Descritivo: PROMOÇÃO DA SAÚDE ***"Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde"*** (Ordem dos Enfermeiros, 2001)		
Foco: Parentalidade		
Tipo	Indicador, Fórmula de Cálculo	Periodicidade Avaliação
Estrutura	**E2 – Formação aos pais sobre os *Cinco Sentidos do Recém - Nascido*** Nº. pais com formação x 100 Nº. total de pais	Trimestral
Processo	**P1 - Percentagem de pais com potencial para obter conhecimentos sobre Cinco Sentidos do Recém - Nascido** Nº. pais com potencial para obter conhecimentos x100 Nº total de pais	Trimestral
Resultados	**R2 – Modificação positiva dos pais face aos conhecimentos sobre Cinco Sentidos do Recém - Nascido** Nº. pais com ganhos de conhecimento x 100 Nº. de pais com potencial para obter conhecimentos	Trimestral
Epidemiológicos	**Epd 2 - Taxa de Prevalência dos pais que estimulam os cinco sentidos do Recém - Nascido** Nº. de mães que estimulam x 100 Nº total de pais	Trimestral

Tabela 1 – Enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros: Promoção da Saúde e respectivos Indicadores.

<table>
<tr><td colspan="3">Enunciado Descritivo: <u>SATISFAÇÃO DO CLIENTE</u>
“Na procura permanente da Excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”

(Ordem dos Enfermeiros, 2001)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Foco: Parentalidade</td></tr>
<tr><td>Tipo</td><td>Indicador, Fórmula de Cálculo</td><td>Periodicidade de Avaliação</td></tr>
<tr><td>Resultados</td><td>R4 - Taxa de satisfação dos pais face à sessão de formação “Os Cinco Sentidos do Recém – Nascido”

<u>Nº. total pais com satisfação > 80% na sessão</u> x100
Nº. total pais</td><td>Trimestral</td></tr>
</table>

Tabela 2 – Enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros: Satisfação do Cliente e respectivos Indicadores.

12. REFERÊNCIAS

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos**. Lisboa. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt;

Ordem dos Enfermeiros (2007) – **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde**. Lisboa. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt [consultado em Outubro 2010];

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – Quadro de Referência para a Construção de indicadores e qualidade e produtividade na enfermagem. **Ordem Enfermeiros**. Lisboa, suplemento da revista nº13, Julho de 2004;

PALMER, Heather (2004) – **Avaliação da Qualidade**. Disponível em http://www.hsph.harvard.edu/faculty/heather-palmer/. [Consultado em Outubro 2010].

Anexo XVIII

Relatório da Formação - "*Parentalidade Positiva*"

- Uma Estratégia de Intervenção em Enfermagem na UCIN

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

HRE HOSPITAL Dona ESTEFÂNIA

Parentalidade Positiva

-Uma Estratégia de Intervenção em Enfermagem na UCIN -

RELATÓRIO DA FORMAÇÃO



SUMÁRIO

	Página
1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO	3
2. PLANO DE SESSÃO	4
3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO	6
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	18
ANEXOS	20
Anexo 1 – Divulgação da Sessão de Formação	21

1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

1.1. DATA, HORA, LOCAL DE REALIZAÇÃO
Data: 19 Outubro 2010 **Duração**: 1 hora (15h -16h) **Local:** UCIN (sala reuniões)
1.2. MODALIDADE DA FORMAÇÃO
Formação em Serviço
Designação: Parentalidade Positiva – Uma estratégia de Intervenção em Enfermagem na UCIN
1.3. INSTITUIÇÃO/SERVIÇO
Hospital Dona Estefânia - UCIN
1.4. FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA
Esta sessão possui um carácter experimental, na implementação do Projecto "*Os Cinco Sentidos do Recém- Nascido"*. Destina-se a proporcionar um momento de interacção pais-bebé, no âmbito da Promoção da Parentalidade Positiva por parte do EESIP.
1.5. OBJECTIVOS
- Sensibilizar a equipa de saúde para a temática da Parentalidade Positiva; - Apresentar o Projecto "Os Cinco Sentidos do Recém – Nascido", como estratégia promotora da Parentalidade Positiva na UCIN.
1.6. DESTINATÁRIOS
Equipa de Saúde da UCIN do HDE
1.7. CONCEPÇÃO/ORGANIZAÇÃO
Nome: Sónia Patrício **Categoria**: Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa **Nome:** Sofia Nuno **Categoria**: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
1.8. FORMADORES
Nome: Sónia Patrício **Categoria**: Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa
1.9. CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO
Metodologia da Formação: Expositiva, Activa, Interrogativa.

2. PLANO DE SESSÃO

Conteúdos	**Actividades**	**Recursos Didácticos**	**Duração da Actividade**	**Avaliação**
Parentalidade Positiva (Conceito e Princípios); Parentalidade Positiva e Enfermagem; Parentalidade Positiva e UCIN (contextualização); Projecto: "*Os cinco sentidos do Recém-Nascido"* : - Definição; - Objectivos; - Metodologia; - Fundamentação; - Papel do EESIP; - Avaliação.	Expositivo Interrogativo (Brainstorming) Expositivo	- Computador Portátil; - Projector multimédia <u>Material:</u> - Caixa com brinquedos *"Os cinco sentidos do Recém-nascido";* <u>Documentos:</u> - Documento de Avaliação Inicial ao Recém – Nascido e Família; - Documento de Ensinos para Alta da UCIN; - Convites aos pais para a sessão *"Os cinco sentidos do recém-Nascido";* - Grelha de registo da aprendizagem para pais; - Diploma para pais; - Questionário de Avaliação da sessão aos pais;	20 min 10 min 25 min	
Avaliação da formação.	Activo	- Questionário de avaliação da sessão.	5 min	Aplicação do Questionário de avaliação da sessão.

3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO







PARENTALIDADE POSITIVA - Conceito

- Prevenção de Maus Tratos Infantis; (Alvarenga, 2008; Santos, 2009 citado por Lopes *et al*, 2010)

- Promoção do Desenvolvimento Harmonioso da Criança (Council of Europe, 2008);

- Importância da auto-estima e da auto-confiança da criança (Council of Europe, 2008);

- Primeiros 3 anos são fulcrais no Desenvolvimento da Criança (American Academy of Pediatrics, 2009 citado por Lopes *et al*, 2010)



PARENTALIDADE POSITIVA - Conceito

Parentalidade Positiva

*"Comportamento parental baseado no **Superior Interesse da Criança**; fundado no respeito pelos seus direitos, que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas, através da protecção dos riscos e da criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomid"*

(Council Of Europe, 2008)



PARENTALIDADE POSITIVA -Princípios

- Reconhecimento das crianças e dos pais como titulares de direitos e sujeitos a obrigações, com um potencial natural e pluralista;

- Pais como principal núcleo cuidador e educador das crianças;

- Pais como Parceiros essenciais na optimização do potencial de desenvolvimento da criança.

(Council of Europe, 2008)



PARENTALIDADE POSITIVA e ENFERMAGEM

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Parceria

(Casey, 1995)

Empowerment

(Council of Europe, 2008)

PARENTALIDADE – FOCO CIPE (ICN, 2005)



PARENTALIDADE POSITIVA e ENFERMAGEM

Evidência Científica (Estudos 2003 a 2009)

Focos de Atenção:

- Capacitação dos pais para a parentalidade;
- Comportamento, desenvolvimento e estimulação da criança;
- Interacção pais-criança;
- Segurança e saúde da criança;
- Disciplina positiva;
- Construção de capital social.

(Lopes *et al*, 2010)



PARENTALIDADE POSITIVA e ENFERMAGEM

Evidência Científica (Estudo 2010 – C. S. Leiria)

Principais Dificuldades dos Pais:

- Cuidar da Criança quando está doente;
- Implementar a técnica da amamentação de acordo com o comportamento do bebe;
- Falta de experiência para cuidar;
- Adaptação dos pais (masculino) ao papel parental;
- Responder ao choro da criança;
- 1ºs seis meses existem maiores dificuldades;
- Pais e mães de filho único têm maior dificuldade de resposta às necessidades da criança;
- Pais e mães que têm outros filhos sentem mais dificuldade a nível de suporte.

(Lopes *et al*, 2010)



PARENTALIDADE POSITIVA e ENFERMAGEM

Como responder?

-Apoio na Interacção;
-Integração do Pai no Cuidar;
-Pais pela primeira vez - intervenções relacionadas com o desempenho do papel;
-Pais com outro filhos - necessidade de suporte;
-Capacitar os pais para compreenderem e optimizarem as potencialidades da criança em cada fase de desenvolvimento.

(Lopes *et al*, 2010)



PARENTALIDADE POSITIVA e UCIN

Desafios
na Transição para a Parentalidade

" Nos últimos 20 a 25 anos, estudos demonstram que os RN hospitalizados são frequentemente vítimas de maus tratos e abandono por parte dos pais. O síndrome da criança sujeita a agressão é 8 vezes mais frequente no caso de bebés que passam por tratamento intensivo neonatal do que nos RN saudáveis"

(Marques & Sá, 2004, p.34)



PARENTALIDADE POSITIVA e UCIN

Que atitudes/estratégias dos Enfermeiros?



PARENTALIDADE POSITIVA e UCIN

Observação sistematizada:

- A equipa de enfermagem possui vários elementos com formação especializada em Saúde Infantil e Pediátrica, possuindo a Parceria de cuidados e NIDCAP como filosofias;

- A permanência dos pais durante 24h e o horário de visitas é alargado, possibilitando aos pais uma grande participação nos cuidados aos seus filhos, bem como suporte familiar;

- Igualdade de oportunidades e incentivo de ambos os progenitores nos cuidados ao bebé;



PARENTALIDADE POSITIVA e UCIN

Observação sistematizada:

-A avaliação das necessidades dos pais e o encaminhamento estruturado, com vista à optimização das suas capacidades no cuidado ao bebé;

-O incentivo ao aleitamento materno, como estratégia fundamental no crescimento e desenvolvimento do RN e promoção da Vinculação;

-Diferentes projectos implementados promotores da vinculação, adaptação ao papel parental (suporte e desempenho) e estimulação precoce.



PARENTALIDADE POSITIVA e UCIN

Observação sistematizada:

-Método de Trabalho por Enfermeiro Responsável;

-Padrões de Documentação que registam e suportam a prática.



PARENTALIDADE POSITIVA e UCIN

Parabéns!!!



OS CINCO SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO

O QUE É?

Programa de Estimulação das Competências sensoriais do Recém – Nascido Hospitalizado



OS CINCO SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO

QUE OBJECTIVOS?

Objectivo geral:

-Promover a interacção precoce pais/bebés, como estratégia promotora da Parentalidade Positiva.

Objectivos específicos:

-Sensibilizar os pais para as competências sensoriais dos seus filhos;

-Promover o *empowerment* dos pais nas diferentes formas de estimulação dos cinco sentidos dos seus bebés;

-Promover um ambiente de afecto e optimismo entre pais/filhos, em contexto hospitalar.



OS CINCO SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO

QUE METODOLOGIA?

Avaliação Inicial (Enquadramento Social e Familiar; Interacção RN/Pais)

⇩

Respeito pela Escolha dos Pais (convites, material)

⇩

Formação Interactiva e Individualizada em Contexto Hospitalar

(*Guia Orientador da Sessão*)


OS CINCO SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO
QUE FUNDAMENTOS?
Compromisso
Disciplina Assertiva
Ambiente Emocional
Ambiente Físico
Sentido de Inclusão na Família
Confiança Mútua
Exemplos Positivos
Orientação/ Instrução
(Council of Europe, 2008)


OS CINCO SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO
QUE PAPEL DO ENFERMEIRO ESIP?
-Estimulação e Reforço positivo do Papel Parental
-Potenciação das suas capacidades interactivas
-Superior Interesse da Criança
Facilitador
Acessibilidade
Proximidade
Conselheiro
Parceiro
Educador Optimista
(Ordem dos Enfermeiros, 2008)



OS CINCO SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO

"Na procura permanente da Excelência do exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de Saúde"

- *"Identificação da situação de saúde e recursos (…)";*
- *"Criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis (…)";*
- *"Promoção do Potencial de Saúde do cliente, através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento";*
- *"Fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente".*

(Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.3)



OS CINCO SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO

COMO AVALIAR?

- *"Diário do Bebé"* – **Grelha de Registo da Aprendizagem**

-O que fui capaz de fazer ao meu bebé?
-O que o meu bebé fez de positivo?
-Como me senti ao realizar esta actividade?
-O que quero melhorar para ajudar o meu bebé?
-Que tipo de Apoio foi importante para mim?
-Em que gostaria de ser mais apoiado/a?

} **Reunião de Pais**

-Avaliação da Sessão (**Questionário**)



OS CINCO SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO

-COMO AVALIAR?

-**Folha de Ensinos para a Alta na UCIN**

OBSERVAÇÕES (avaliar necessidade de Reforço)

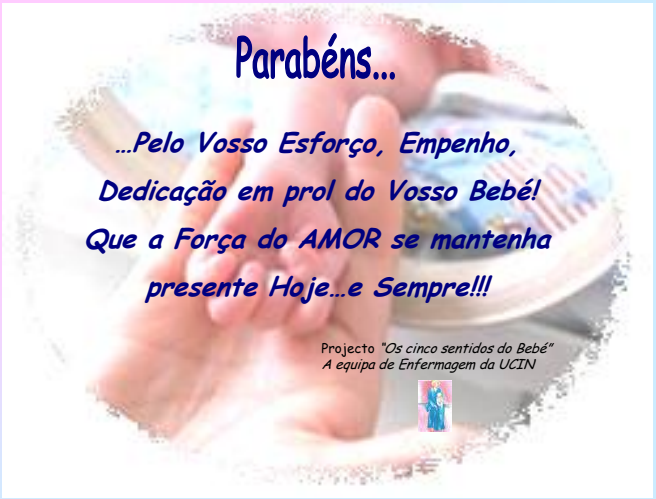
1.*proximidade pais/filho*
2.*expressão emocional na interacção*
3.resposta *ao comportamento do bebé*

Autonomia dos Pais, Relação pais/bebé, Desenvolvimento Bebé

GANHOS EM SAÚDE



OS CINCO SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO





OS CINCO SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO

Posso dar-te a lua…para te aninhares e adormeceres feliz…

Posso decifrar o brilho dos teus olhos…para poder compreender o que queres dizer…

Posso ajudar-te a acreditar nos sonhos…para te fazer descobrir outra realidade…

Posso dar-te a confiança…para teres vontade de vencer…

Posso ensinar a tua família…para te desenvolveres em harmonia…

Posso aumentar a tua independência...para enfrentares o mundo tão vasto…

Posso diminuir a tua dor…para quereres viver…

Posso fazer com que todos juntos…aceitemos a tua diferença…

Posso ESTAR DO TEU LADO E ACREDITAR EM TI…HOJE E SEMPRE!!!

(Adaptado Associação Portuguesa Massagem Infantil, 2004)



REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE MASSAGEM INFANTIL (2004): **Manual do Formando.** Lisboa.

CASEY, Anne (1995)– Development and Use of Partnership Model of Nursing Care In: GLASPER,E. A.; Tucher, A. – **Advanced in Child Health Nursing.** London. Scutari.193 p.

COUNCIL OF EUROPE (2008) – **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach.** Strasbourg. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5.175 p.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2005)- **Classificação Internacional para a Pratica de Enfermagem (CIPE/ICNP) Versão Beta 2.** Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN: 972-98149-1-0.201p.

LOPES, et al (2010) – Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literartura. **Referência.** Coimbra. III Série, nº.1, Julho 2010.p.109-118.

MARQUES, S.M.N.& SÁ, M.G.S.(2004). Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Preaturidade.**Referência.Coimbra (11).**p.34-40.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.** I Conferência de Regulação.

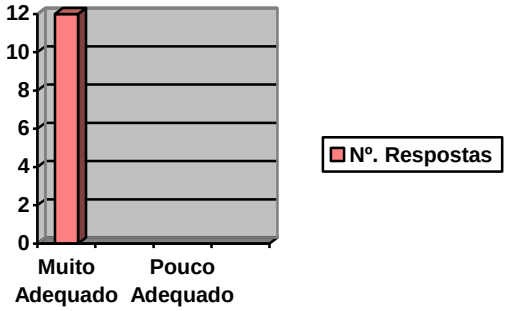
ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos.** Disponível em www.ordemenfermeiros.pt;

4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Participantes: 12 Enfermeiros (dos quais 4 EESIP)

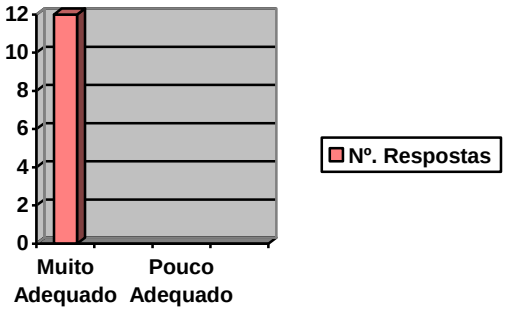
Questão nº.1 – Como avalia o tema apresentado na sessão?

Tema	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. Respostas	12				12



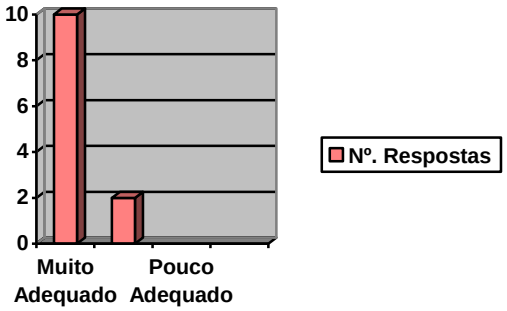
Questão nº. 2 – Como avalia a metodologia utilizada na sessão?

Metodologia	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. Respostas	12				12



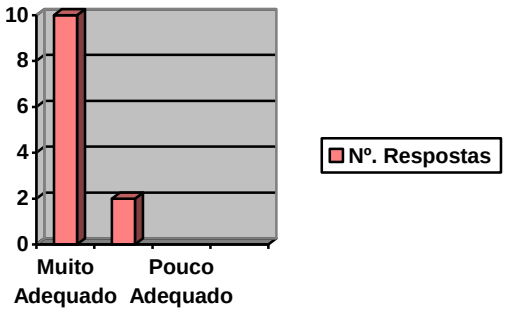
Questão nº.3 – Como avalia a sessão de acordo com as suas expectativas?

Metodologia	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. Respostas	10	2			12



Questão nº. 4 – Como avalia a sessão relativamente à exposição feita pelo formador?

Metodologia	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. Respostas	10	2			12



Questão nº. 5 – Sugestões/Comentários

- *"Gostei muito"*
- *"Foi importante a partilha de conhecimentos"*
- *"Ajudou a reflectir sobre o nosso trabalho"*

ANEXOS

Anexo 1 – Divulgação da Sessão de Formação



Área de Gestão da Formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Parentalidade Positiva

- Uma estratégia de Intervenção em Enfermagem na UCIN -

DATA :19/10/2010 HORA: 15h
LOCAL: UCIN
DESTINATÁRIOS: Equipa de Saúde da UCIN

FORMADORA: Sónia Patrício (aluna do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria - Universidade Católica Portuguesa) sob Orientação de Enfermeira Sofia Nuno e Professora Elisabete Nunes

Anexo XIX

Manual do Projecto "*Intervir para Prevenir*"

Serviço de Pediatria

CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS

SERVIÇO DE PEDIATRIA

UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Manual do Projecto



Elaborado por:

Sónia Patrício

(mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - Universidade Católica Portuguesa)

Orientado por:

Enfermeira Especialista Marta Gaio

Professora Elisabete Nunes

Torres Vedras
Novembro 2010

"O grandioso negócio da vida não é ver o que está nebulosamente distante, mas o que está claramente em nossas mãos"

Thomas Carlyle

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que contribuíram para a elaboração, desenvolvimento e implementação deste NOSSO projecto… o meu sincero Obrigado!!!

ABREVIATURAS

art°. – artigo

Enfª/° - Enfermeiro/a

ex – exemplo

n°. – número

p. - página

SIGLAS

CHTV – Centro Hospitalar de Torres Vedras

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

G.T.V.M.T. – Grupo de Trabalho na Violência e Maus Tratos

NHACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém - Nascido

UCF – Unidade Coordenadora Funcional

UR – Unidades de Registo

SUMÁRIO Página

0. NOTA INTRODUTÓRIA 6

1. A PROBLEMÁTICA DOS MAUS TRATOS INFANTIS 7

1.1. TIPOLOGIA DE MAUS TRATOS INFANTIS 7

1.2. CRIANÇA/JOVEM EM RISCO E PERIGO 9

1.3. A INTERVENÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 11

2. A REALIDADE DA PROBLEMÁTICA DOS MAUS TRATOS INFANTIS NO CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS 13

2.1. INCIDÊNCIA E INTERVENÇÃO HOSPITALAR 13

2.1.1. A INTERVENÇÃO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA – UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA 14

2.1.1.2. DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES 15

2.1.1.2. INTERVENÇÕES DE MELHORIA DA PRÁTICA 16

2.1.1.3. PROJECTOS FUTUROS 18

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS 19

4. REFERÊNCIAS 20

ANEXOS 21

Anexo 1 – Cronograma de Actividades 22

Anexo 2 – Pedido de autorização ao Conselho de Administração para consulta de Dados Estatísticos do NHACJR 23

Anexo 3 – Guião de Entrevista à Presidente da CPCJ de Torres Vedras 25

Anexo 4 – Registo de Ideias Mestras da Entrevista à Presidente da CPCJ de Torres Vedras 27

Anexo 5 – Pedido de autorização ao Conselho de Administração para aplicação de Questionários aos Enfermeiros 29

Anexo 6 – Questionário aplicado aos Enfermeiros 31

Anexo 7 – Apresentação dos Resultados dos Questionários 35

Anexo 8 – Acta sumária da Reunião com o Grupo de Trabalho da Violência e Maus Tratos 44

Anexo 9 – Protocolo de Actuação *"Abordagem das Situações de Risco na Criança/Jovem, em Contexto de Urgência"* 46

Anexo 10 – Factores de Risco na Criança/Jovem 58

Anexo 11 – Factores Protectores na Criança/Jovem 61

Anexo 12 – Folha de Controle do Dossier de Referenciação Interna 64

Anexo 13 – Check List para uma Avaliação de Qualidade 67

0.NOTA INTRODUTÓRIA

O conhecimento das necessidades da criança, o seu reconhecimento como Ser autónomo e interactivo desde o nascimento, a importância da vinculação mãe-filho e da estimulação do meio ambiente para o seu crescimento, bem como, a necessidade da sua protecção, requer que sejam desenvolvidas múltiplas propostas de intervenção a diferentes níveis.

A realidade em que vivemos e trabalhamos, afasta-se, muitas vezes, das condições ideais que cada criança necessita e espera para se desenvolver de forma saudável, pelo que se torna urgente "*Intervir para Prevenir*"… Os enfermeiros que lidam diariamente com as crianças e suas famílias que recorrem ao serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Torres Vedras, encontram-se numa posição privilegiada para reunir esforços e adoptar medidas de prevenção dos maus tratos infantis, integrados numa parceria multidisciplinar que garanta a identificação, intervenção e sinalização/encaminhamento das situações de risco na criança/jovem.

O Superior Interesse da Criança rege esta actuação, que se deve centrar ao nível dos afectos, das responsabilidades parentais, onde o estabelecimento de um espaço familiar reparador, equilibrado e positivo, à margem de situações de violência e maus tratos, constituirá um dos seus objectivos. As estratégias de intervenção devem estar ajustadas às necessidades da criança e família, integrando recursos disponíveis que possibilitem respostas específicas e adequadas, caminhando para uma intervenção de parceria e "*empowerment*" parental.

Indo ao encontro desta filosofia de actuação dos enfermeiros, este manual pretende constituir um suporte teórico-prático na operacionalização do projecto "*Intervir para Prevenir*", ao nível das seguintes temáticas:

- Abordagem das Situações de Risco na Criança/Jovem, em Contexto de Urgência;

- Promoção da Parentalidade Positiva, como estratégia de prevenção dos Maus Tratos Infantis.

A pesquisa bibliográfica, levantamento de necessidades e reflexão informal da prática, constituíram as bases metodológicas para a sua elaboração.

1. A PROBLEMÁTICA DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Os maus tratos constituem um fenómeno complexo e multifacetado, que se desenrola de forma dramática nas crianças e jovens, com repercussões negativas no seu crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade. As sequelas resultantes manifestam-se a nível físico, cognitivo, afectivo e social, a médio e longo prazo, sendo por vezes irreversíveis e podendo mesmo provocar a morte.

O conceito de maus tratos não pode ser definido de modo consensual, adquirindo significados distintos em função das dinâmicas culturais e especificidades grupais. Num sentido lato, Magalhães (2004) (citado por DGS, 2007, p. 33) reporta-se ao conceito como *"qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder"*. Neste sentido, os maus tratos nas crianças ou jovens resultam de uma acção ou omissão por parte das pessoas mais próximas ou da comunidade em geral.

A interpretação do fenómeno dos maus tratos pode ser baseada no "*modelo ecológico*" adoptado pela OMS (2002) (citado por DGS, 2007, p. 10), que pressupõe, indissociavelmente, uma abordagem a nível individual, relacional, comunitário e social do mesmo.

A verdadeira dimensão deste fenómeno ainda não é conhecida, no entanto, os esforços da investigação permitem documentar que a criança maltratada corresponde a um problema de saúde pública, com tendência a ser hereditado nas gerações seguintes, que afecta uma larga parcela da população nos primeiros anos de vida (OMS (2002), citado por DGS, 2007, p. 33).

1.1. TIPOLOGIA DE MAUS TRATOS INFANTIS

De acordo com o Documento de Intervenção em Saúde para Maus Tratos em Crianças e Jovens, da Direcção Geral de Saúde (2007), é possível classificar o fenómeno dos maus tratos em diferentes tipos: *Negligência, Mau Trato Físico, Abuso Sexual, Mau Trato Psicológico* e *Síndroma de Munchausen por Procuração:*

Negligência - corresponde à incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das suas necessidades básicas, tais como higiene, alimentação, afecto e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais. Este tipo de mau trato é continuado no tempo, podendo manifestar-se de forma "*activa*", em que existe intenção de causar dano à vítima,

ou "*passiva*", quando tem origem na incompetência ou incapacidade dos pais ou outros responsáveis para atenderem às necessidades da criança.

A negligência pode ser detectada ao nível físico, psicoafectivo, educativo, entre outros.

Os efeitos da negligência dependem da idade da criança, podendo traduzir-se, no caso da ausência de suporte afectivo e a título de exemplo, em socialização inadequada do lactente, hiperactividade e agressividade na criança pré-escolar, deficiente controlo dos esfíncteres e baixo rendimento em idade escolar, comportamentos de risco (toxicodependência, alcoolismo, delinquência) na adolescência e, mais tarde, atitudes negligentes em relação aos próprios filhos.

Mau trato Físico – resulta de uma acção, não acidental, isolada ou repetida, efectuada pelos pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, à qual provoque (ou possa provocar) dano físico. Surgem como exemplos, a síndroma da criança abanada (sacudida ou chocalhada), as queimaduras, fracturas, traumatismos crâneo – encefálicos, lesões abdominais, sufocação, afogamento, intoxicações provocadas, entre outros.

Este tipo de maus tratos é responsável por elevados índices de morbilidade, incapacidade permanente e mortalidade.

Abuso Sexual – corresponde ao envolvimento de uma criança/jovem em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou pessoa mais velha e mais forte. Baseia-se numa relação de poder ou autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança/jovem, em função do seu estádio de desenvolvimento não tem capacidade para compreender que deles é vítima; compreendendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual; não se encontra estruturalmente preparada; não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.

Este tipo de maus tratos pode adquirir diversas formas, tais como obrigar a criança/jovem a presenciar conversas/escritos, espectáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas/filmagens, prática do coito e manipulação dos órgãos sexuais. Constitui um crime, punido pelo artº. 171º. do Código Penal.

A detecção e diagnóstico destas situações é muitas vezes dificultada pela imposição do silêncio e segredo por parte do agressor à criança, sentimento incutido pelo mesmo de que a criança é "*especial*" e que por isso foi "*escolhida*" a receber esse "*apreço*" e, pela ideia transmitida pelo agressor de que o sofrimento deve ser interpretado como um acto de amor intenso.

Mau trato Psicológico – resulta da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem – estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados.

Este tipo de maus tratos vai desde a ausência ou precaridade de cuidados ou afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afectiva, passando pela depreciação permanente da criança/jovem (ex: castigos desproporcionados, humilhação, envolvimento em situações de violência doméstica).

O mau trato psicológico tem implicações no desenvolvimento físico e psicossocial da criança/jovem e na estabilidade das suas competências emocionais e sociais.

É um tipo de situação dificilmente identificada, sobretudo quando se encontra garantida a satisfação das necessidades de alimentação, vestuário e outros aspectos materiais na criança. Actualmente, a vida profissional/social intensa dos progenitores, leva a que a criança fique entregue a sucessivos cuidadores, impedindo o estabelecimento de uma vinculação afectiva sólida com os seus adultos de referência. Assim, o abandono temporário e afectivo constitui uma manifestação de mau trato psicológico.

Síndroma de Munchausen por Procuração – corresponde à atribuição à criança, por parte de um elemento da família (que, na maioria das vezes, apresenta um discurso credível e sedutor, mas o qual, tem como pano de fundo, uma patologia do foro psiquiátrico, difícil de identificar), de sinais e sintomas, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando hospitalizações frequentes, necessidades de procedimentos de diagnóstico exaustivos e recurso a técnicas invasivas.

Exemplos deste tipo de maus tratos são situações como ministrar droga ou medicamentos para provocar determinada sintomatologia; adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da criança; semi – sufocar repetidamente a criança, procurar o hospital, queixando-se de que esta sofre de crises de apneia.

1.2. CRIANÇA/JOVEM EM RISCO E PERIGO

O conceito de **risco** de ocorrência de maus tratos em crianças e jovens é mais amplo do que o de situações de **perigo** definidas na Lei, podendo ser difícil a delimitação entre ambos. Assim, e novamente segundo o Documento Técnico de Intervenção em Saúde para Maus Tratos em Crianças e Jovens da Direcção Geral de Saúde (2007, p. 7), as situações de risco *"dizem respeito ao perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento"*. A evolução negativa dos contextos de risco, conduzem ao surgimento de situações de perigo.

Segundo o mesmo documento, é a diferença entre risco e perigo que determina os vários níveis de responsabilidade e legitimidade na intervenção, adequada a cada um dos casos. Nas situações de risco, a intervenção centra-se nos esforços para superação do mesmo, através de

políticas, estratégias e acções integradas dirigidas à população e especificamente às crianças e jovens em situações familiares, habitacionais, ambientais, sanitárias, sociais, culturais e económicas que, pela sua precaridade, criem condições de especial vulnerabilidade.

Factores de Risco

A Direcção Geral de Saúde (2007), no Documento que tem vindo a ser mencionado, refere que os **factores de risco** representam variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar alterações do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens. Correspondem a qualquer tipo de influências que aumentem a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos. Também o Council of Europe (2008) aponta uma listagem de factores de risco complementares aos referidos por esta entidade.

Estes factores, isoladamente, não podem consubstanciar o risco, pelo que a avaliação das situações deverá atender ao contexto global, imperando uma ponderação criteriosa e o bom senso da equipa de profissionais. Estes factores funcionam ainda como indicadores inespecíficos, associados entre si, não podendo ser considerados causa directa de aparecimento ou persistência do fenómeno de maus tratos.

Factores de Protecção

A mesma Entidade de Saúde e o Council of Europe, mencionam que os factores **protectores** correspondem a variáveis físicas, psicológicas e sociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social. Estes devem funcionar como moderadores dos factores de risco, controlando ou evitando o respectivo impacto dos mesmos. Desta forma, a probabilidade de uma situação de perigo ser instalada depende da forma como os factores de protecção equilibram ou anulam os factores de risco.

É ainda importante salientar que determinado factor não tem a mesma representatividade em casos distintos, isto é, nuns casos pode constituir uma vulnerabilidade acrescida, noutros casos, pode significar um ganho de experiência que permite ultrapassar a situação com menor dano.

Só com a correcta avaliação global e sistémica das situações, é possível a detecção efectiva do risco ou perigo de maus tratos, o acompanhamento e resolução das mesmas ou, quando indicado, a sinalização necessária.

Na presença de uma situação de risco ou perigo, consoante o tipo e a gravidade da matéria em questão, é preconizada a utilização de diferentes procedimentos, a aplicar isolada ou conjuntamente, conforme informação do Documento de Intervenção em Saúde para Maus Tratos em Crianças e Jovens (2007).

1.3. A INTERVENÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A promoção dos direitos da criança e a sua protecção enquanto *"sujeitos titulares de direitos* e *não meros objectos do direito*" (DGS, 2007, p. 11), exigem padrões de resposta a diferentes níveis e formas de actuação, colocando novos e permanentes desafios no que diz respeito à intervenção dos serviços de saúde no fenómeno dos maus tratos infantis.

Num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes agentes da comunidade, conforme consagrado na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº. 147/99, de 1 de Setembro), a intervenção processa-se segundo um modelo que estabelece três níveis de acção:

- Nível I – compete às entidades na área da infância e juventude, ou seja, as que têm acção privilegiada em domínios como os da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros;

- Nível II – compete às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) intervir, quando não é possível às entidades acima mencionadas actuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo;

- Nível III – compete à intervenção judicial, que se pretende residual, à qual cabe o protagonismo na protecção de crianças e jovens em perigo.

Os princípios orientadores da intervenção aos diferentes níveis visam: *"O* ***interesse superior da criança; a privacidade da sua vida****;* ***a intervenção, o mais precoce possível****, caso seja conhecida uma situação de perigo;* ***a intervenção mínima****;* ***a intervenção proporcional e actual****, assegurando-se o impacto mínimo na vida criança e estritamente adequado à finalidade pretendida; o exercício da* ***responsabilidade parental*** *sobre os deveres da criança;* ***a obrigatoriedade da informação****, ou seja, a explicação sobre os motivos que determinam a intervenção, de forma a ser obtido o consentimento livre e esclarecido por parte dos pais ou representantes legais;* ***a participação*** *nos actos, pela definição de medidas e audição obrigatórias dos pais ou crianças/jovens a partir dos 12 anos;* ***a subsidariedade*** *na intervenção, ou seja o percurso dos três níveis de intervenção, conforme estabelecido (…)"* (DGS, 2007, p. 20).

Indo de encontro a estes princípios, a acção dos serviços de saúde alcança particular relevo, enquanto instâncias de primeiro nível. Nas competências específicas que lhes são conferidas e mediante o enquadramento legal supracitado, os Centros de Saúde e os Hospitais têm prioridade de intervenção junto das crianças e jovens, em relação às CPCJ e aos Tribunais, que apenas devem ser chamados a intervir quando não for possível eliminar o perigo.

Para que esta acção se torne mais efectiva, há que melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção da ocorrência dos maus tratos, da detecção precoce das situações de risco, do

acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços, no âmbito de uma eficiente articulação funcional.

A preparação dos profissionais com competências específicas nesta área tão delicada, é essencial na melhoria dos processos de detecção, avaliação, intervenção e encaminhamento destas situações.

2. A REALIDADE DA PROBLEMÁTICA DOS MAUS TRATOS INFANTIS NO CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS

Afim de tornar possível o diagnóstico e intervenção ao nível da realidade do Centro Hospitalar de Torres Vedras, foi elaborado um cronograma de actividades **(Anexo 1)**, que contém a planificação temporal das diferentes etapas necessárias à implementação do Projecto "*Intervir para Prevenir*".

2.1. A INCIDÊNCIA E INTERVENÇÃO HOSPITALAR

No âmbito da problemática dos Maus Tratos Infantis, o Centro Hospitalar de Torres Vedras dispõe de um "*Grupo de Trabalho na Violência e Maus-Tratos*" (G.T.V.M.T.), constituído por uma equipa multidisciplinar institucional (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais), que se articula com diferentes entidades comunitárias, cujo objectivo é a detecção, sinalização, acompanhamento e articulação na área da Violência e dos Maus Tratos a vários níveis. Este grupo ramifica-se em diferentes núcleos, nos quais se encontra o Núcleo Hospitalar de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (conforme Despacho Ministerial nº. 31292/2008, de 5 de Dezembro), que integra os mesmos objectivos do Grupo, com a vertente específica para a área da Saúde Infantil e Juvenil.

Segundo dados disponibilizados pelo Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR) do Centro Hospitalar de Torres Vedras, mediante prévia autorização pelo Conselho de Administração (**Anexo 2**), é possível retirar algumas informações referentes ao fenómeno dos maus tratos infantis nesta realidade. As 92 notificações realizadas neste contexto, no período de Janeiro de 2004 a Dezembro de 2009, evidenciam que:

- As situações notificadas incidem maioritariamente em crianças/jovens do sexo feminino;
- Nos quatro primeiros anos de vida da criança, regista-se um maior número de notificações;
- Dos cinco concelhos inseridos na área de abrangência do Centro Hospitalar, as notificações são maioritariamente provenientes do Concelho de Torres Vedras;
- A tipologia de maus tratos mais frequente é o abuso sexual, seguida de mau trato físico, negligência e mau trato psicológico;
- O principal agressor pertence ao núcleo familiar, seguido de vizinhos, estranhos e outros não identificados;
- Das 92 situações notificadas, 9 crianças foram retiradas à família;

- Das 92 situações notificadas, 52 crianças regressaram ao domicílio, 9 foram encaminhadas para o Centro de Acolhimento; 8 tiveram a intervenção da CPCJ; 9 foram entregues aos cuidados da família alargada; 5 tiveram intervenção do Tribunal; 5 foram encaminhadas para o Centro de Saúde e 4 tiveram a intervenção do Serviço Social.

Mediante os dados obtidos a nível hospitalar, é possível questionar os porquês ao nível da intervenção dos serviços de saúde… será que a prevenção primária ao nível da realidade comunitária envolvente se encontra ausente ou ineficaz, pela carência de médicos de família e reestruturação dos Centros de Saúde do Concelho de Torres Vedras?! Porque será que " *(…) cada vez mais tardiamente são identificados os casos de maus-tratos pelos profissionais?,* conforme referiu a Presidente da CPCJ de Torres Vedras na entrevista realizada (2010) (**Anexos 3 e 4**).

Estas e outras questões obrigam a repensar atitudes e formas de actuação dos profissionais no Hospital, no sentido da redução significativa dos números, em prol do bem-estar da criança/jovem. Tal como preconiza a DGS (2007), cabe aos hospitais intervir na prevenção secundária, procurando detectar precocemente a população de risco e proporcionar a mudança da incidência do fenómeno dos maus tratos infantis. Se a prevenção primária ao nível da comunidade se encontra comprometida, os Hospitais podem e devem ter um papel activo também a este nível de prevenção, iniciado tão precocemente quanto possível, assim como na prevenção terciária, procurando reabilitar situações anteriores de maus tratos, de forma a prevenir reincidências futuras.

Os trabalhos realizados pelo G.T.V.M.T., especificamente os protocolos de actuação em situações de violência e maus tratos constituem importantes ferramentas para a actuação dos profissionais nestas situações. A monitorização dos casos permite a reflexão multidisciplinar e o diagnóstico de necessidades para novas intervenções ou melhorias dos processos implementados. No entanto, estes protocolos referem-se particularmente aos casos declarados de maus tratos e violência, existindo a necessidade de intervir na detecção precoce destas situações, que se encontram à margem de uma sensibilização e sistematização da intervenção profissional.

2.1.1. A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA – UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

A missão do serviço de Pediatria consiste em "*prestar cuidados de saúde globais centrados na família, favorecendo o desenvolvimento harmonioso das crianças e contribuindo para que atinjam um novo equilíbrio no seu estado de saúde, com qualidade e em tempo útil*" (CHTV, 2005). No cumprimento desta missão e tendo por base outros documentos orientadores da prática, tais como a Carta da Criança Hospitalizada (1988), a Convenção dos Direitos da Criança (1990), o enunciado de posição elaborado pela Ordem dos Enfermeiros no que se refere à protecção de crianças (2007), o Código

Deontológico dos Enfermeiros (1998) (nºs. 1 e 3 do artº. 78º. e alínea b) do artº. 81º.), mais recentemente os Direitos da Criança no Hospital (2010) e outros documentos oficiais que visam a necessidade de protecção da criança das várias formas de violência (física, psicológica, social, emocional), os enfermeiros, devidamente articulados com os restantes profissionais, devem estar preparados para lidar com as diferentes situações de risco.

A Unidade de Urgência Pediátrica encontra-se integrada no Serviço de Pediatria do CHTV. Contudo, a triagem da população que recorre a esta unidade é realizada pelos enfermeiros do serviço de Urgência Geral. Como portas de entrada de crianças/jovens e famílias à instituição, estas duas valências possuem um papel de extrema importância na detecção, intervenção e referenciação das situações de risco e perigo na criança/jovem que a ela recorrem.

2.1.1.1. DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

Incidindo especificamente nas situações de risco, pelas razões já apresentadas, a sua abordagem não constitui uma tarefa fácil para os profissionais: a grande diversidade e mobilidade de equipas médicas presente neste contexto e as dificuldades referidas pelos enfermeiros do serviço de Urgência Geral (que realizam triagem) e pelos enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica nos questionários aplicados, revelam a necessidade de uma melhoria nos processos de intervenção nestas situações. A aplicação destes instrumentos a todos os enfermeiros que possam vir a ter contacto com as situações de risco, no período de 8 a 14 de Novembro 2010, foi sujeita a uma prévia autorização pelo Conselho de Administração (**Anexo 5**) e teve como objectivos:

- Definir o conceito de criança em risco, na opinião dos Enfermeiros;
- Identificar as principais dificuldades dos Enfermeiros na abordagem das situações de crianças em risco;
- Identificar estratégias de intervenção sugeridas pelos Enfermeiros, no sentido da melhoria na abordagem das situações de crianças em risco.

O referido instrumento encontra-se no **Anexo 6** e os resultados obtidos no **Anexo 7.**

Não pretendendo constituir uma investigação, as informações obtidas permitem retirar algumas conclusões, que se apresentam de seguida.

Dos 20 questionários aplicados a todos os enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (que realizam triagem) e de outros 20 aplicados aos Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica, foram devolvidos 16 e 7, respectivamente. Os dados inerentes à caracterização da amostra, foram tratados estatisticamente no programa *Excel da Microsoft® Windows***.** A informação obtida nas questões abertas foi sujeita a uma análise de conteúdo, que segundo Bardin (2000), não se resume a uma descrição

do conteúdo, mas sim a uma análise interpretativa e uma inferência, constituindo, de forma simplificada, uma fase intermédia entre a descrição e a interpretação da informação obtida.

Relativamente à primeira questão, referente ao conceito de *Criança em Risco,* verificou-se nas definições obtidas por parte dos enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica uma aproximação ao conceito de criança em perigo – "*criança sujeita a maus tratos*", ao passo que os enfermeiros do serviço de Urgência Geral referiram maioritariamente a "*carência em cuidados*" como aspecto principal na definição do conceito. Outros aspectos, como *"bem-estar comprometido", "probabilidade de ocorrência de maus tratos", "desenvolvimento infantil comprometido"* e *"criança violada nos seus Direitos"* foram apresentados por elementos de ambas as equipas de enfermagem. Perante a pouca clareza e diversidade de respostas, é notória a necessidade de clarificação deste conceito junto dos profissionais.

No que se refere à segunda e terceira questões abertas, relativas às dificuldades dos enfermeiros na abordagem das situações de risco na criança/jovem e sugestões de melhoria da sua prática, optou-se por colocar algumas categorias resultantes de uma investigação neste âmbito (Lescher et al, 2004), nomeadamente *Serviço de Saúde, Rede de Cuidados, Enfermeiro/a, Pais* e *Crianças* e *Outras*, de forma a facilitar e enriquecer o conteúdo das respostas.

Os resultados obtidos evidenciam a necessidade de:

- protocolo de actuação,
- maior articulação funcional;
- uniformização do registo das situações;
- criação de espaços apropriados para abordagem das situações;
- celeridade nos processos;
- papel mais activo no seio da equipa multidisciplinar;
- formação na área do Risco (conceitos, directrizes, legislação, comportamentos e atitudes profissionais) e na área da Pediatria (específica para os enfermeiros do serviço de Urgência Geral);
- encontros periódicos multidisciplinares para discussão de casos, feedback de situações encaminhadas, partilha de experiências;
- formação parental (em serviço e na comunidade) – colide com a necessidade de intervir junto dos principais agressores à criança/jovem, de acordo com os dados estatísticos apresentados pelo NHACJR.
- triagem pediátrica realizada pelos enfermeiros do serviço de Pediatria.

2.1.1.2. INTERVENÇÕES DE MELHORIA DA PRÁTICA

Perante estas conclusões foi realizada a auscultação de diferentes intervenientes necessários à compreensão da viabilidade de actividades de melhoria da prática nestas situações, nomeadamente

o Enfermeiro Chefe e a Directora do Serviço de Pediatria, a Enfermeira Responsável pelo serviço de Urgência Geral, os enfermeiros de ambas as equipas intervenientes, a Enfermeira de ligação ao NHACJR, os elementos do G.T.V.M.T. e especificamente do NHACJR por meio de uma reunião (**Anexo 8**), a enfermeira responsável pela implementação da linguagem CIPE no serviço de Pediatria, de forma a adequar as actividades a esta terminologia e, a equipa técnica do sistema informático *Alert.*

Posteriormente foi elaborado o protocolo de actuação "*Abordagem das Situações de Risco na Criança/Jovem, em contexto de Urgência*" (**Anexo 9**), que pretende constituir um documento onde a articulação, uniformização de procedimentos, registos, espaços e encaminhamento em tempo útil estão contemplados, encontrando-se visível a intervenção do enfermeiro, como interveniente fundamental na tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar. A apresentação do protocolo e sensibilização da equipa multidisciplinar para uma melhoria da intervenção nestas situações foram possíveis na formação em serviço realizada referente ao Projecto "*Intervir para Prevenir*", que contou com elementos convidados, fundamentais para mudanças da prática nesta problemática, nomeadamente o Enfermeiro Director, o Enfermeiro Chefe e Directora do serviço de Pediatria, Enfermeira Responsável do serviço de Urgência Geral, restantes enfermeiros dos serviços de Pediatria e Urgência Geral, membros do G.T.V.M.T. e elementos do NHACJR.

A elaboração de um Dossier de Consulta Rápida para o gabinete de triagem do serviço de Urgência Geral e de um Dossier de Consulta para o posto de Enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica, que contêm fichas de leitura com factores de risco e protectores da criança/família **(Anexos 10 e 11)**, teve como objectivo facilitar a operacionalização deste projecto pelos profissionais. O Dossier de Referenciação Interna para Situações de Risco igualmente elaborado, ficará acessível na Unidade de Urgência Pediátrica, para arquivo das situações identificadas, que deverão ser organizadas por ordem alfabética do nome da criança, após registo dos dados solicitados na folha de controle (**Anexo 12**) nele existente.

A intervenção junto dos pais no contexto de Urgência, mencionada pelos enfermeiros nos questionários e bastante discutida no âmbito da formação realizada, deverá ser baseada na promoção da Parentalidade Positiva, conforme recomendada pelo Center of Disease Control and Prevention (2008), como estratégia de prevenção dos Maus Tratos Infantis e consequentes problemas de saúde associados. As indicações do Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem na Promoção da Parentalidade Positiva, disponível no Dossier de Consulta referente ao projecto, pretendem constituir um subsídio para uma melhor compreensão do conceito e sua aplicação prática.

A gestão e avaliação periódica deste projecto, com base na Check list elaborada de acordo com os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros **(Anexo13)**, para o enunciado descritivo referente à "*prevenção de complicações*", ficarão à responsabilidade da Enfermeira Sónia Patrício. O encaminhamento dos casos para o NHACJR será feito pela Enfermeira Marta Gaio, elemento de ligação ao mesmo.

2.1.1.3. PROJECTOS FUTUROS

A reflexão de atitudes da prática decorrentes da elaboração deste projecto e sobretudo, proveniente da formação multidisciplinar realizada, permite o planeamento de intervenções futuras, que complementam as actividades realizadas e traduzem a Qualidade, o Empenho e Dinamismo que toda a equipa de saúde envolvida na temática deste projecto possui.

Assim, pretende-se a curto prazo:

- Repetir a formação em serviço realizada, referente ao Projecto "*Intervir para Prevenir*";

- Melhorar a articulação entre os cuidados diferenciados e os cuidados de saúde primários, no que se refere à abordagem das situações de risco na criança/jovem, por meio da UCF Oeste (Unidade Coordenadora Funcional do Oeste);

- Promover encontros periódicos multidisciplinares, para partilha de experiências, discussão de casos de crianças/jovens em risco;

- Alargar a promoção da parentalidade positiva para os contextos de internamento, UCERN (Unidade de Cuidados Especiais ao Recém – Nascido) e comunidade de Torres Vedras;

A longo prazo, pretende-se:

- Implementar a triagem pediátrica realizada pelos enfermeiros do Serviço de Pediatria, mediante fluxogramas e circuitos adequados.

3.CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projecto tem como horizonte a prevenção dos Maus Tratos Infantis, numa realidade onde este fenómeno se encontra frequentemente instalado.

Os planos de intervenção propostos e documentos facultados pretendem constituir eixos fundamentais ao nível da promoção de uma rede de apoio, que busca incessantemente o Superior Interesse da Criança.

Aos Enfermeiros cabe um papel decisivo no seio da equipa multidiscplinar, que se pretende suportado por princípios norteadores da prática profissional. Os ganhos em saúde obtidos traduzem uma actuação de Empenho, Dinamismo e Responsabilidade visível nos Cuidados de Enfermagem.

4. REFERÊNCIAS

-Alto Comissariado da Saúde - Hospitais Promotores de Saúde. **O Respeito pelos Direitos da Criança no Hospital**. Novembro 2010, Lisboa;

-Bardin, Laurence – **Análise de Conteúdo.** 2000. Lisboa: Edições 70. ISBN 972-44-0898-1, 74p.;

-**Carta da Criança Hospitalizada** (1988). Disponível em http://www.iacrianca.pt/pt/carta-da-crianca-hospitalizada. [consultado em 10-11- 2010];

-Casey, Anne. Development and Use of Partnership Model of Nursing Care *in*: Glasper, E. A.; Tucher, A. – **Advanced in Child Health Nursing**. 1995. London. Scutari. 193 p.;

-Centro Hospitalar de Torres Vedras. **Guia De Acolhimento do Serviço De Pediatria.** 2005, 5p.;

-Centro Hospitalar de Torres Vedras. **Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco**. Dados estatísticos 2004-2009. Novembro 2010;

-**Código Deontológico do Enfermeiro**. 1998. Disponível em http://www.ordemdosenfermeiros.pt. [acedido em 5 – 11- 2010];

-Council of Europe. **Parenting in contemporary Europe: a positive approach**. 2008. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6135-2.;

-**Convenção dos Direitos da Criança**. 1988 Lisboa. Disponível em www.apfn.com.pt/declaração_dos_direitos_da_criança.htm. [Consultado em 10-11-2010];

-Direcção Geral de Saúde. **Documento Técnico de Intervenção em Saúde – Maus Tratos em Crianças e Jovens**. Outubro 2007; p. 12, 21, 44, 45, 58;

-Lescher et al. **Crianças em Risco Social: limitações e Necessidades da Actuação do Profissional de Saúde**. Resultado da Fase I do Projeto de pesquisa apresentado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – Programa de Políticas Públicas, 03/06405-0. 2004. São Paulo. 74p.;

-Lei nº. 147/99 de 1 de Setembro. **Diário da República I Série**. Nº. 204, p. 6115-6132.;

-Ordem dos Enfermeiros. **Protecção das Crianças: Enunciado de Posição**. 2007. Lisboa.

ANEXOS

Anexo I

Cronograma de Actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

SEMANAS / ACTIVIDADES	25 – 31 Outubro 2010	1 – 7 Novembro 2010	8 – 14 Novembro 2010	15 – 19 Novembro 2010
-Entrevistas e contactos informais; -Levantamento de dados estatísticos do NHACJR; -Entrevista à Presidente da CPCJ de Torres Vedras;				
-Aplicação de questionários aos enfermeiros;				
-Tratamento de dados dos questionários; -Reunião com o G.T.V.M.T.; -Elaboração do protocolo de actuação;				
-Elaboração do Jornal de Parede; -Elaboração do poster; -Elaboração do Dossier de Projecto e Guia Orientador de Boas Práticas; -Preparação da Sessão de Formação;				
-Realização da Sessão de Formação.				

Anexo 2

Pedido de autorização ao Conselho de Administração para consulta de Dados Estatísticos do NHACJR

C. H. T. V.
Conselho de Administração
Rec 22/NOV. 2010

Ao Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de Torres
Vedras

Autorizado.

22/11/10

ISABEL CARVALHO
Directora Clínica

Torres Vedras, 9 de Novembro de 2010

Eu, Sónia Alexandra Ferreira Patrício, Enfermeira e aluna do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria ministrado pela Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a realizar o Estágio de Urgência Pediátrica, em contexto de trabalho, neste Centro Hospitalar.

Com o objectivo de desenvolver um projecto de intervenção na abordagem à criança em situação de risco, considero de extrema importância um prévio diagnóstico de necessidades, no sentido de tornar este projecto pertinente e adequado ao contexto. Assim, venho por este meio solicitar autorização para consulta de dados estatísticos referentes às situações de Maus Tratos sinalizadas nesta instituição e disponíveis no Núcleo Hospitalar de Apoio às Crianças e Jovens em Risco.

Aguardo deferimento.

Com os melhores Cumprimentos

Anexo 3

Guião de Entrevista à Presidente da CPCJ de Torres Vedras

GUIÃO DE ENTREVISTA À PRESIDENTE DA COMISSÃO DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS (CPCJ) DE TORRES VEDRAS

Destinatária: Presidente da CPCJ de Torres Vedras

Data: 10/11/2010

Hora: 17h Duração: 15 minutos Modo de registo: ideias mestras

Guião da Entrevista semi-estruturada

Objectivo: identificar a situação actual de Maus Tratos em Crianças e Jovens do Concelho de Torres Vedras e sugestões relativas à intervenção no âmbito da saúde.

1.Como descreve a situação actual de Crianças Maltratadas no Concelho de Torres Vedras?

2.Considera importante intervir no Risco, como Prevenção do Perigo, a nível Hospitalar?

3.Que sugestões apresenta aos Enfermeiros que trabalham no serviço de Pediatria?

Anexo 4

Registo de Ideias Mestras da Entrevista à Presidente da CPCJ de Torres Vedras

REGISTO DE IDEIAS MESTRAS DA ENTREVISTA À PRESIDENTE DA COMISSÃO DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS (CPCJ) DE TORRES VEDRAS

Destinatária: Presidente da CPCJ de Torres Vedras

Data: 10/11/2010

Hora: 17h Duração: 15 minutos Modo de registo: ideias mestras

1.Como descreve a situação actual de Crianças Maltratadas no Concelho de Torres Vedras?

"O número de crianças tem vindo a aumentar"; cada vez mais tardiamente se detectam os casos de risco".

2.Considera importante intervir no Risco, como Prevenção do Perigo, a nível Hospitalar?

"Literalmente. Os Hospitais são muito importantes para detectar os casos, que, muitas vezes, estão fora do nosso alcance".

"Encaminhamento para o NHACJR, para que não se percam dados, que posteriormente nos chegam".

Anexo 5

Pedido de autorização ao Conselho de Administração para aplicação de Questionários aos Enfermeiros

C. H. T. V.
...lho de Administração
12/NOV/2010
309/10 - CA-Jud.

O CA tomou conhecimento na sua reunião de 2010/11/23 e nada têm a opôr à aplicação do questionário
Cf. Dir. M. Vilela 2010/11/23

MÁRIO VILELA
Enfermeiro Director

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Torres Vedras

Torres Vedras, 9 de Novembro de 2010

Eu, Sónia Alexandra Ferreira Patrício, Enfermeira e aluna do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria ministrado pela Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a realizar o Estágio de Urgência Pediátrica, em contexto de trabalho, neste Centro Hospitalar.

Com o objectivo de desenvolver um projecto de intervenção na abordagem à criança em situação de risco, considero de extrema importância um prévio diagnóstico de necessidades, no sentido de tornar este projecto pertinente e adequado ao contexto. Assim, venho por este meio solicitar autorização para aplicação de um questionário dirigido à equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria - Unidade de Urgência Pediátrica e à equipa do Serviço de Urgência, que realiza a Triagem Pediátrica.

O referido questionário tem como objectivos:

- Definir o conceito de criança em risco, na opinião dos Enfermeiros;

- Identificar as principais dificuldades dos Enfermeiros na abordagem das situações de crianças em risco;

- Identificar estratégias de intervenção sugeridas pelos Enfermeiros, no sentido da melhoria na abordagem das situações de crianças em risco.

Os dados recolhidos, destinam-se única e exclusivamente a um tratamento diagnóstico, garantindo-se o anonimato do seu conteúdo.

Aguardo deferimento.

Com os melhores Cumprimentos

Sónia Alexandra Ferreira Patrício

Tomei conhecimento.
C/ de informação a Serviço.
[illegible]
Cf. chefe

Anexo 6

Questionário aplicado aos Enfermeiros

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ministrado pela Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a realizar o Estágio de Urgência Pediátrica integrado neste meu contexto de trabalho. Como aluna e enfermeira, deparo-me com alguma frequência, com situações de crianças em risco, nas quais se encontra documentada a necessidade de uma intervenção cada vez mais adequada e eficaz, com o objectivo de as minimizar e evitar as consequências que delas possam advir.

Este questionário, dirigido aos Enfermeiros do Serviço de Pediatria – Unidade de Urgência Pediátrica e do Serviço de Urgência Geral, responsáveis pela Triagem Pediátrica, tem como objectivos:

- Definir o conceito de criança em risco, na opinião dos Enfermeiros;
- Identificar as principais dificuldades dos Enfermeiros na abordagem das situações de crianças em risco;
- Identificar estratégias de intervenção sugeridas pelos Enfermeiros, no sentido da melhoria na abordagem das situações de crianças em risco.

Salvaguarda-se que os dados recolhidos, destinam-se única e exclusivamente a um tratamento diagnóstico, garantindo-se o anonimato do seu conteúdo.

<u>NOTA</u>: Pede-se o favor de colocarem os questionários, depois de preenchidos, no envelope destinado ao efeito, até ao dia 14 de Novembro 2010.

QUESTIONÁRIO

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3. Categoria Profissional: _____

4. Tempo de serviço na Unidade: _____ anos

5. Como define *"criança em risco"?*

_____

_____

_____

6. Que dificuldades encontra na abordagem de situações de crianças em risco, relacionadas com:

6.1. Serviço de Saúde

_____

_____

6.2. Rede de Cuidados

_____

_____

6.3. Enfermeiro/a

_____

_____

6.4. Pais e Crianças

_____

_____

6.5. Outras

_____

7. Que estratégias de intervenção sugere, no sentido da melhoria na abordagem das situações de crianças em risco, no que se refere a:

7.1. Serviço de Saúde

_____

_____

7.2. Rede de Cuidados

_____

_____

7.3. Enfermeiro/a

_____

_____

7.4. Pais e Crianças

_____

_____

7.5. Outras

_____

Muito Obrigado pela Colaboração!

Sónia Patrício

Anexo 7

Apresentação dos Resultados dos Questionários

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS NA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS AOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL (TRIAGEM) E UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram distribuídos 20 questionários destinados a todos os enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (que realizam triagem) e outros 20 aos Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica, no período de 8 a 14 de Novembro de 2010.

Total de questionários distribuídos: 40

Total de questionários devolvidos: 16 (Unidade de Urgência Pediátrica)

7 (serviço de Urgência Geral)

1. Tabela I – ***Distribuição da amostra por Média de Idades***

	Enf. da unidade de Urgência Pediátrica	**Enf. do serviço de Urgência Geral**
Média de idades (anos de idade)	34,5	30,4

2. Tabela II – ***Distribuição da amostra por Sexo***

Serviço / Sexo	**Enf. da unidade de Urgência Pediátrica**	**Enf. do serviço de Urgência Geral**
Masculino	1	6
Feminino	15	1

3. Tabela III – ***Distribuição da amostra por Categoria Profissional***

Serviço / Categoria	**Enf. da unidade de Urgência Pediátrica**	**Enf. do serviço de Urgência Geral**
Enfermeiro	10	5
Enfermeiro Graduado	6	2

4. Tabela IV – ***Distribuição da amostra por Tempo de serviço na Unidade***

	Enf. da unidade de Urgência Pediátrica	**Enf. do serviço de Urgência Geral**
Tempo Médio (anos)	12,5	4

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS QUESTÕES ABERTAS

Questão nº. 5. Como define " *criança em risco*"?

Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

Categorias	Unidades de Registo	Frequência	Subtotal
Criança sujeita a maus tratos (Físico, Psíquico, Abuso Sexual, Negligência)	*"(…)maltratada física e psicologicamente(…)"*(Q1,Q7,Q10)/ *"(…)negligenciada(…)"*(Q2,Q8)/*"sujeita a abuso sexual"* (Q5,Q3).	7	7
Criança com bem - estar físico, psicológico, social, emocional e moral comprometido	*"(…)graves alterações no seu bem-estar físico, psicológico, social(…)"*(Q6,Q1)/ *"(…)não assegurada segurança física, psicológica, emocional, moral(…)"* (Q9,Q13).	4	11
Criança com carência em cuidados	*"(…)falta de cuidados adequados às necessidades(…)"*(Q11)/*"déficit de cuidados de higiene, alimentação, carinho (…)"* (Q10,Q4)/*"(…) vínculo com os seus pais ameaçado (…)"*(Q5).	4	15
Criança com probabilidade de ocorrência de maus tratos	*"(…)inserida num ambiente de risco físico, psicológico(…)"*(Q12)/*"(…)probabilidade de ser afectada por problemas de ordem diversa (…)"*(Q15)/*"(…)risco para bem-estar físico e psicológico"*(Q14)/*"ambiente propício ao risco(…)"(*Q10).	4	19
Criança com desenvolvimento infantil comprometido	*"(…)não reúne condições ao seu desenvolvimento bio-psico-social (…)"* (Q3)/*"(…) comprometido o seu desenvolvimento na total plenitude(…)"* (Q2,Q5).	3	22
Criança violada nos seus Direitos	*"(…)não protegida nos seus direitos(…)"*(Q16)/*"(…) não assegurados os seus direitos(…)"*(Q14)/"*posta em causa a sua integridade física, psicológica, social"*(Q7).	3	25
			Total - 25

5. Tabela V – ***Análise de Conteúdo da Questão nº. 5 referente aos questionários aplicados aos enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica***.

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Categorias	Unidades de Registo	Frequência	Subtotal
Criança com carência em cuidados	*"(…)situação duvidosa de bons cuidados"(*Q2)/*"(…)más condições de habitação"*(Q3).	2	2
Criança com probabilidade de ocorrência de maus tratos	*"(…)elevada probabilidade de ocorrência de maus tratos"(*Q1)/*"sujeita a perigos potenciais"(*Q6).	2	4
Criança com bem - estar físico, psicológico, social, emocional e moral comprometido	*"(…)interferência no seu bem – estar(…)"(Q4)."*	1	5
Criança sujeita a maus tratos (Físico, Psíquico, Abuso Sexual, Negligência)	*"(…) sinais e sintomas que colocam a vida em perigo"*(Q7).	1	6
Criança com desenvolvimento infantil comprometido	*"(…)normal desenvolvimento afectado"* (Q7).	1	7
Criança violada nos seus Direitos	*"(…)violada nos seus direitos"*(Q5).	1	8
		Total - 8	

6. Tabela VI – ***Análise de Conteúdo da questão nº.5 referente aos questionários aplicados aos enfermeiros do serviço de Urgência Geral (Triagem)***.

Questão nº. 6. Que dificuldades encontra na abordagem de situações de crianças em risco, relacionadas com: o serviço de saúde, a rede de cuidados, o enfermeiro/a, pais e crianças, outras.

Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo	Frequência	Subtotal
Serviço de Saúde	Ineficácia/ausência de articulação de cuidados	*"ausência de boa articulação entre equipa multidisciplinar"* (Q3,Q4,Q6)/*"ausência de assistente social após 16h, ao fim-de-semana e feriados"*(Q14,Q10,Q15,Q2)/ *"apoio de outros profissionais"*(Q7)/ *"falhas no encaminhamento"*(Q5)/ *"insuficiente comunicação com equipa médica"* (Q2);	10	10

Serviço de Saúde	Ausência de protocolos de actuação Características institucionais pouco favoráveis	*"(…)ausência de protocolos"*(Q13, Q11,Q1,Q9)/*"ausência de uniformização"*(Q8,Q16); *"falta de espaço onde abordar as crianças(…)"*(Q12)/*"ambiente hospitalar pode mascarar"(*Q10).	6 2	16 18
Rede de Cuidados	Ineficácia/ausência de articulação de cuidados Falta de conhecimentos sobre articulação de cuidados Demora na resolução de processos	*"ausência de articulação da informação"* (Q4,Q5,Q8)/*"falta de articulação entre profissionais"* (Q7,Q9,Q16)/*"deficit na articulação entre instituições e serviços"*(Q11)/"*ausência de rede interligada"(*Q6)/"*falta de feedback*" (Q1)/"*ausência de carta de articulação*"(Q16)/"*ineficácia de informação"(*Q7); *"Falta de conhecimentos sobre rede de cuidados"* (Q2)/"*ausência de conhecimentos sobre a quem referenciar"(*Q8); *"demora no encaminhamento dos casos"* (Q5)/"*processos prolongados*"(Q3).	11 2 2	29 31 33
Enfermeiro/a	Déficit de formação na área do risco Intervenção pouco valorizada no seio da equipa multidisciplinar	*"falta de formação"* (Q5,Q7,Q9,Q1,Q10)/ *"desconhecimento da legislação"*(Q6)/"*pouca preparação na área(…)"*(Q16,Q14)/ "*necessidade de formação específica*"(Q3)"*medo do desconhecido"* (Q15); *"gostaria de ter um papel mais activo"(Q7)*/*"não é tido em conta a opinião do enfermeiro(…)"* (Q4,Q10)/*"(…)a nossa opinião não tem peso"*(Q8,Q16)/"*impotência"* (Q6)/"*desmotivação*" (Q5).	10 7	43 50
Pais e Crianças	Abordagem de pais e crianças em risco comprometida	*"dificuldade na comunicação com eles"* (Q6)/"*dificuldade na abordagem* (Q2)/*dificuldade de ver as crianças sofrer*(Q15)/*"dificuldade na compreensão das situações"* (Q9,Q7);	5	55

Pais e Crianças	Identificação dificultada pela omissão de informação	*"omissão devido a medo" (*Q7*)/"vergonha(…)"*(Q10)*"ansieda de e renitência dos pais*"(Q16*)/"não aceitação de interferência de terceiros na vida dos filhos(…)" (*Q3*)/"não revelam*"(Q10*);*	5	60
	Características da relação pais-filho	*"Diminuição do vínculo pais-filho"* (Q14).	1	61
Outras	Atitude dos profissionais de saúde	*"juízos de valor por parte dos profissionais"* (Q6).	1	62
				Total - 62

7- Tabela VII – ***Análise de Conteúdo da questão nº. 6 referente aos questionários aplicados aos enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica****.*

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo	Frequência	Subtotal
Serviço de Saúde	Características da instituição/ serviço pouco favoráveis	*"elevado número de utentes impede o diagnóstico de situações de risco"* (Q5)*/"triagem não é feita pelos enfermeiros da pediatria"(*Q1,Q4, Q3);	4	4
	Ineficácia/ausência de articulação de cuidados	*"(…)falta de articulação entre a triagem e a pediatria"*(Q7)*/"falta de apoio e comunicação"* (Q6,Q2).	3	7
Rede de Cuidados	Ineficácia/ausência de articulação de cuidados	*"(…)a informação a triagem não chega à pediatria(…)"* (Q3,Q7)*/"ausência de rede interligada"* (Q8).	3	10
Enfermeiro/a	Déficit de formação na área da pediatria	*"falta de conhecimentos e experiência em pediatria"* (Q4,Q7,Q1)*/ "insegurança*" (Q6).	4	14
Pais e Crianças	Abordagem de pais e crianças em risco comprometida	*"dificuldade no relacionamento com pais" (*Q4*)/"(…)dificuldade em abordar os casos"* (Q2,Q1);	3	17
	Identificação dificultada pela omissão de informação	*"a situação é ocultada*"(Q1*)"não aceitam a abordagem"* (Q6*);*	2	19
	Características dos pais	*"pais ansiosos"*(Q1)*/"nervosismo dos pais"* (Q6)*/*	2	21
				Total - 21

8. Tabela VIII – ***Análise de Conteúdo da questão nº. 6 referente aos questionários aplicados aos enfermeiros do serviço de Urgência Geral (Triagem)****.*

Questão nº. 7. Que estratégias de intervenção sugere, no sentido da melhoria na abordagem das situações de crianças em risco, no que se refere a: serviço de saúde, rede de cuidados, enfermeiro/a, pais e crianças, outras.

Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo	Frequência	Subtotal
Serviço de Saúde	Melhoria da articulação de cuidados 24h/dia	*"maior articulação entre profissionais"* (Q2,Q7,Q9)/*"(…)coesão da equipa"* (Q6,Q2,Q1)/*"alargar a avaliação a outros profissionais"* (Q5)/*"assistente social, psicólogo de chamada ao fim de semana"* (Q5,Q16);	9	9
	Existência de protocolos de actuação	"*protocolos e normas de actuação*" (Q6,Q3,Q1)/*"uniformizar registos e transmissão de dados"* (Q11);	4	13
	Atitudes dos profissionais	*"maior respeito, sensibilização"* (Q14,Q15)/*"maior valorização dos cuidadores próximos da criança*" (Q12).	3	16
Rede de Cuidados	Melhoria da articulação de cuidados	*"reuniões periódicas e debates entre a equipa mutlidisciplinar(…)"* (Q6,Q7,Q1)/*"(…)maior articulação entre profissionais e com o NHACJR, Centro de Saúde"*(Q8,Q4,Q15)/ *"articulação da informação"(*Q14);	7	23
	Conhecimentos sobre articulação de cuidados	*"(…)conhecer os critérios de acção da rede*" (Q5,Q8)/*"formações na área*" (Q6);	2	25
	Celeridade na resolução de processos	*"maior rapidez na resolução dos processos"* (Q4).	1	26
Enfermeiro/a	Formação na área do risco	*"formação na área do risco"* (Q5,Q6,Q1,Q10,Q7*)/"conhecer recursos de apoio"*(Q3,Q2*)/"discussões sobre casos"* (Q14);	8	34
	Intervenção valorizada no seio da equipa multidisciplinar	"*relatório do parecer de enfermagem*" (Q11,Q9)/*"(…)papel mais activo na abordagem"(*Q15*)/"envolvimento dos enfermeiros na criação de protocolos"* (Q8*).*	4	38
	Atitudes próxima dos profissionais para com os pais/crianças	*"envolver os pais na prevenção de maus tratos" (*Q5,Q7*)/"avaliação multidisciplinar cuidada"* (Q1,Q2)/*"promover o vínculo pais-*		

Pais e Crianças	Formação Parental	*filho"* (Q9,Q16)/*"trabalhar com e não para os pais"* (Q5,Q1)/"*ensinar as crianças a resolver potenciais conflitos familiares"* (Q1);	9	47
		"*esclarecimentos, sensibilização sobre desenvolvimento da criança e prevenção de maus tratos"* (Q4,Q6)/"(…) *encontros de pais, debates, educação para a saúde"* (Q4,Q15,Q10)/"*promoção de ensinos*" (Q2,Q7,Q16)/"*formação em serviço para promoção da interacção pais-filhos*" (Q13).	9	56
				Total - 56

9. Tabela IX – ***Análise de Conteúdo da questão nº. 7 referente aos questionários aplicados aos enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica***.

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo	Frequência	Subtotal
Serviço de Saúde	Política institucional	*"Triagem apropriada e feita pelos enfermeiros da pediatria"* (Q2,Q7,Q1);	3	3
	Existência de protocolos de actuação	"*uniformizar circuitos*" (Q5);	1	4
	Características Físicas adequadas	*"local apropriado para abordar os casos"* (Q6,Q5).	2	6
Rede de Cuidados	Conhecimentos sobre articulação de cuidados	*"discussões partilhadas com os enfermeiros da pediatria"* (Q1,Q5);	2	8
	Melhoria da articulação de cuidados	*"maior ligação da triagem à pediatria" (*Q3).	1	9
Enfermeiro/a	Formação na área da pediatria	*"(…)formações com os colegas da pediatria"* (Q4);	2	11
	Abertura dos profissionais à problemática	*"os enfermeiros devem estar despertos para prevenir maus tratos"* (Q7).	1	12

Pais e Crianças	Formação Parental	"*formação junto dos pais"* (Q2,Q5,Q1,Q6).	4	16
				Total - 16

10. Tabela X – ***Análise de Conteúdo da questão nº. 7 referente aos questionários aplicados aos enfermeiros do serviço de Urgência Geral (Triagem)***.

Anexo 8

Acta sumária da Reunião com o Grupo de Trabalho da Violência e Maus Tratos

REUNIÃO COM O GRUPO DE VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS

Data: 17/11/2010

Hora: 9h30 – 12H30

Local: Instalações da Casa do Pessoal do CHTV

Intervenientes: Psicóloga, Coordenadora do grupo

Assistente Social, Coordenadora do NHACJR

Directora Clínica do Serviço de Pediatria, membro do NHACJR

Assistente Social, membro do NHACJR

Enfº. Chefe do Serviço de Pediatria

Psicóloga, membro do NHACJR

Enfª. Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, membro do NHACJR

Representantes dos NACJR dos Centros de Saúde de Torres Vedras, Sobral Monte Agraço, Cadaval, Lourinhã.

Enfª do Serviço de Pediatria/aluna da UCP

Objectivo:

- Identificar estratégias de Articulação entre o serviço de Urgência Pediátrica e o NHACJR, na abordagem das situações de risco na criança.

Assuntos relevantes :

- Avaliação da pertinência do Projecto sobre abordagem das crianças em situação de risco no serviço de Urgência Pediátrica e Urgência Geral;
- Recolha de dados epidemiológicos no que se refere a situações de maus tratos infantis identificados no NHACJR;
- Conhecimento das funções dos NACJR e novas políticas de actuação;
- Análise da actual situação de articulação entre o serviço de Urgência Pediátrica e o NHACRJ, bem como circuitos de encaminhamento das situações na comunidade;
- Identificação de estratégias de intervenção, no sentido da melhoria da articulação entre os dois serviços;
- Identificação da informação a reter no serviço de Urgência Pediátrica, para uma avaliação pelo NHACJR, bem como estratégias de articulação dos dados através do sistema Informático *ALERT*.

Anexo 9

Protocolo de Actuação *"Abordagem das Situações de Risco na Criança/Jovem, em Contexto de Urgência"*

1. DEFINIÇÕES:

CRIANÇA/JOVEM EM RISCO – as situações de risco na criança/jovem *"dizem respeito ao perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento (…); a evolução negativa dos contextos de risco, conduzem ao surgimento de situações de perigo"*(1).

PAIS/PRESTADORES DE CUIDADOS – detentores da *guarda de facto* ("*relação estabelecida entre criança/jovem e a pessoa que com ele vem assumindo, continuadamente, as funções essenciais próprias de quem tem responsabilidades parentais")*(1).

2. OBJECTIVOS:

- Sistematizar as funções do Enfermeiro na Triagem e na Unidade de Urgência Pediátrica, na abordagem de situações de risco na criança/jovem;
- Uniformizar procedimentos de Enfermagem na identificação, intervenção, referenciação interna e registos das situações de risco na criança/jovem, em contexto de Urgência.

3. CAMPO DE APLICAÇÃO:

- Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral, que realizam Triagem Pediátrica;
- Enfermeiros do Serviço de Pediatria – Unidade de Urgência Pediátrica.

4. DESCRIÇÃO:

4.1. Equipamento e material necessários:

- Dossiers de Consulta acessíveis no gabinete de Triagem do Serviço de Urgência Geral e posto de Enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica, referentes ao projecto "*Intervir para Prevenir*", contendo:
  - Ficha de leitura com Factores de Risco para os Maus Tratos Infantis;
  - Ficha de leitura com Factores Protectores para os Maus Tratos Infantis;
  - Protocolo de Actuação "*Abordagem das situações de Risco na Criança/Jovem, em contexto de Urgência";*

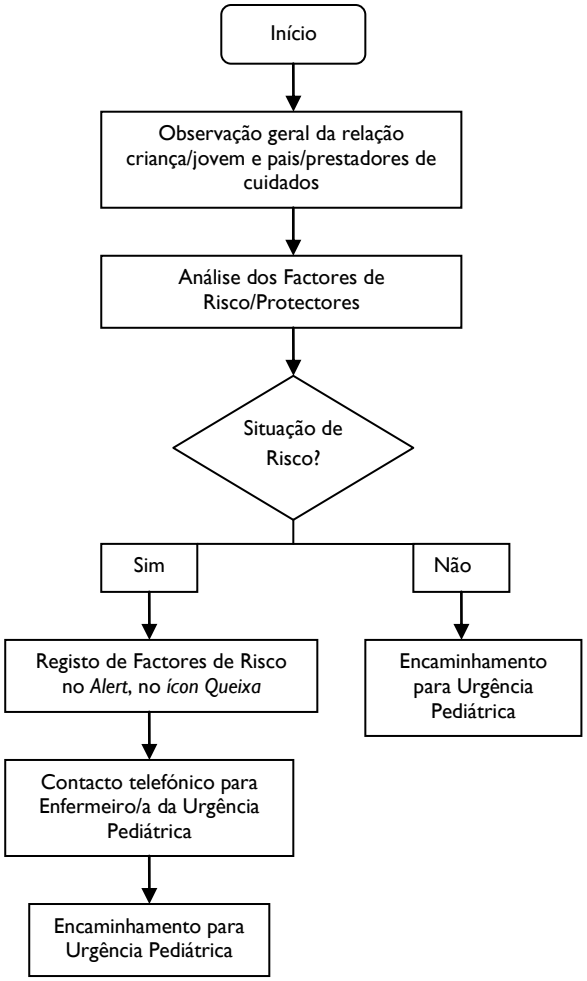
- Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem na Promoção da Parentalidade Positiva (na unidade de Urgência Pediátrica);

- Computador com sistema informático *Alert;*

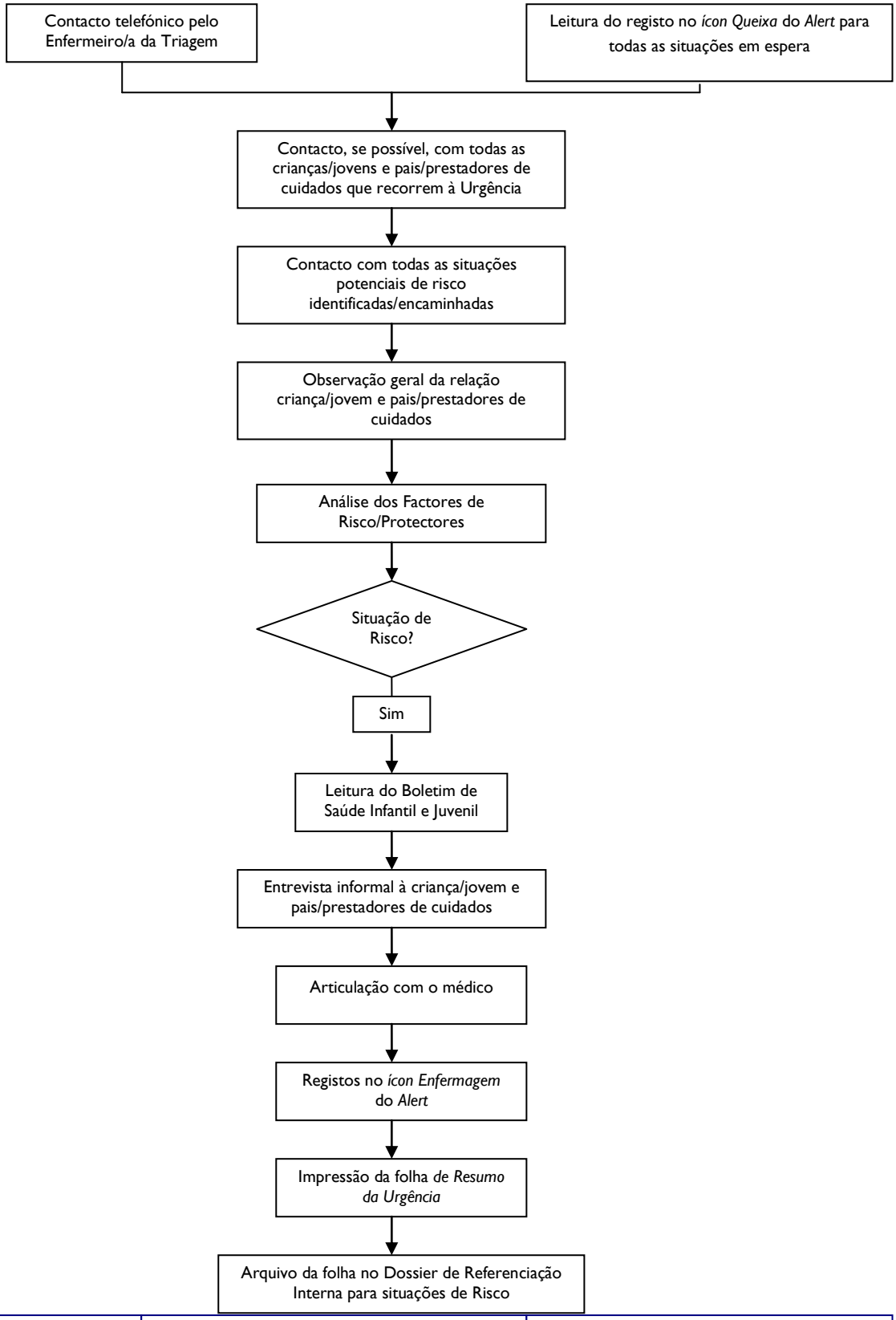
- Telefone;

- Dossier de Referenciação Interna, para arquivo de folhas do *Resumo da Urgência* referentes às situações de risco identificadas (na unidade de Urgência Pediátrica).

4.2. Fluxograma 1 – *Actuação de Enfermagem na Triagem Pediátrica*



4.3. Fluxograma II – *Actuação de Enfermagem na Urgência Pediátrica*



4.4. Organização do procedimento:

Funções do Enfermeiro na Triagem Pediátrica (Serviço de Urgência Geral):

- Realizar a triagem pediátrica, de acordo com o sistema *Manchester*.
- Proceder a uma observação geral da relação estabelecida entre criança/jovem e pais/prestadores de cuidados, com avaliação de[1]:
  - Características da criança/jovem que podem potenciar contextos de risco;
  - Expectativas/percepções dos pais/prestadores de cuidados sobre a criança/jovem;
  - Características do sistema familiar;
  - Características da dinâmica familiar/relacional e do contexto social.
- Identificar factores de risco[1] e factores protectores[1] para os Maus Tratos, na situação em questão;
- Proceder a uma análise sobre os factores de risco/protectores, com base na consulta das fichas de leitura existentes no Dossier referente ao Projecto;
- Se se tratar de uma situação potencial de risco (onde os factores de risco prevalecem sobre os protectores), registar de forma sucinta no sistema informático *Alert* os factores de risco identificados, no mesmo espaço destinado ao registo da *Queixa*;
- Realizar o contacto telefónico para o Enfermeiro do serviço de Urgência Pediátrica, alertando-o para uma leitura do registo efectuado sobre a situação e/ou comunicando a análise efectuada.

Funções do Enfermeiro na Urgência Pediátrica (Serviço de Pediatria):

- Estar atento ao sistema informático *Alert*, no que se refere a situações em espera;
- Fazer a leitura no *Alert*, do registo da queixa e análise inicial efectuada pelos Enfermeiros da Triagem;
- Contactar, sempre que possível, com todas as crianças/jovens e respectivos pais/prestadores de cuidados que recorram ao serviço de Urgência Pediátrica;
- Contactar com todas as situações potenciais de risco, identificadas, registadas (*Alert*) e encaminhadas (via telefone) pelos Enfermeiros da Triagem;
- Proceder, em todas as situações, a uma observação geral da relação estabelecida entre criança/jovem e pais/prestadores de cuidados, com avaliação de[1]:

- Características da criança/jovem que podem potenciar contextos de risco;
- Expectativas/percepções dos pais/prestadores de cuidados sobre a criança/jovem;
- Características do sistema familiar;
- Características da dinâmica familiar/relacional e do contexto social.

- Identificar factores de risco e factores protectores para os Maus Tratos, na situação em questão;

- Proceder a uma análise sobre os factores de risco e protectores identificados, com base na consulta das fichas de leitura existentes no Dossier referente ao Projecto e informação encaminhada pelos Enfermeiros da Triagem;

- Sempre que haja suspeita de uma situação de risco (onde os factores de risco prevalecem sobre os factores protectores):

• Solicitar o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, fazendo a leitura e análise correspondente, no que se refere a aspectos relacionados com a vigilância de saúde adequada à idade da criança, antecedentes relevantes, problemas anteriores identificados, centro de saúde de referência e médico de família;

• Em local privado (sala de aerossóis ou sala de observações), realizar uma entrevista informal com a criança/jovem, de acordo com a sua idade e estádio de desenvolvimento, com ênfase nas questões[1]:

- Como são as coisas em casa?

- O que é que acontece em tua casa quando as pessoas não concordam umas com as outras?

- O que é que acontece em tua casa quando as coisas correm mal?

- O que é que acontece quando os teus pais se zangam contigo?

- Quem faz as regras e o que é que acontece quando quebras as regras?

• Nas mesmas condições, realizar uma entrevista informal com os pais/prestadores de cuidados, com ênfase nas questões[1]:

- Costuma recear pela segurança do seu filho?

- Quem toma conta do seu filho quando não está em casa?

- O que faz quando o seu filho não está em casa?

- Que métodos de disciplina utiliza com o seu filho?

- O que faz quando o seu filho se porta mal?

- Já magoou o seu filho?

- Sabe onde procurar ajuda?

• Articular com o médico, na análise aprofundada de factores de risco e protectores.

- Registar no *Alert a* informação da análise efectuada – avaliação, diagnóstico e intervenções realizadas, no espaço destinado à *Enfermagem*;

- As folhas do *Resumo da Urgência* deverão ser impressas e colocadas no Dossier de Referenciação Interna para situações de Risco, destinado ao arquivo das mesmas. As folhas deverão ser organizadas por ordem alfabética do nome da criança e deverão ser registados os dados solicitados na folha de controle, referentes à nova situação identificada;

- Nas situações em que a criança necessita de internamento, deverá ser colocada uma cópia do respectivo *Resumo da Urgência* no processo da criança;

- O encaminhamento posterior das folhas existentes no Dossier deverá ser efectuado pela Enfermeira de ligação ao Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco, em tempo útil, para uma posterior avaliação familiar e social das situações.

4.5. Orientações gerais:

4.4.1. Abordagem da criança/jovem, pais/prestadores de cuidados:

No que se refere à análise das situações e ao relacionamento com as crianças/jovens, pais/prestadores de cuidados, compete aos enfermeiros[1]:

- Assegurar um tratamento digno a todos os elementos, mesmo nos casos mais complexos;
- Salvaguardar a privacidade e confidencialidade;
- Evitar emitir juízos valorativos, culpabilizar ou envergonhar;
- Proceder a uma escuta activa, dar suporte, valorizar as capacidades e competências;
- Intervir com a família (não para elas) e responsabilizar.

A estratégia de intervenção em Enfermagem nas situações de risco e, numa perspectiva de prevenção do perigo, deverá incidir na promoção da *Parentalidade Positiva*[2], conforme indicações no Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem na Promoção da Parentalidade Positiva[3]. O reforço dos factores protectores relacionados com a criança e com a dinâmica familiar/relacional, junto dos pais/prestadores de cuidados, deverá constituir uma prática fundamental na abordagem destas situações.

4.6. Optimização do procedimento:

- A abordagem das situações de risco identificadas, terá por base documentos para consulta, compilados nos Dossiers referentes ao projecto "*Intervir para Prevenir*",

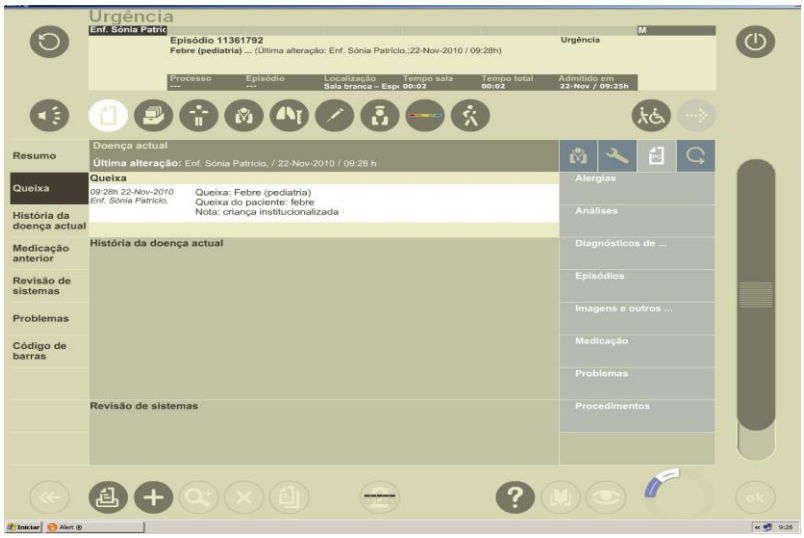
- O registo da informação deverá ser efectuado no sistema informático *Alert.;*

- O arquivo das Folhas de *Resumo da Urgência* deverá ser efectuado no Dossier de Referenciação Interna para situações de Risco.

5. REGISTOS:

TRIAGEM PEDIÁTRICA

- O registo dos factores de risco identificados, deverá ser feito no sistema Informático *Alert*[4], no *ícon* destinado à *Queixa.*



URGÊNCIA PEDIÁTRICA

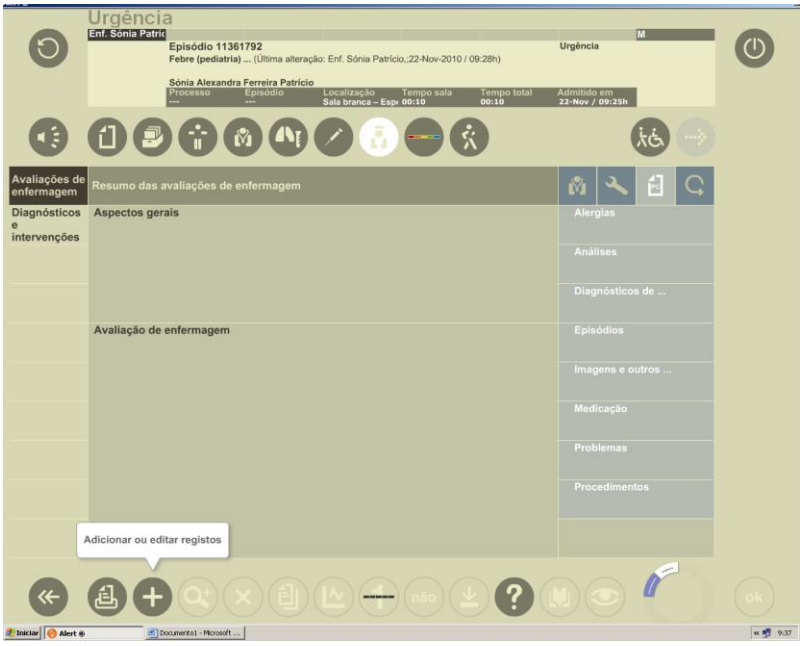
- O registo da informação da análise dos factores de risco/protectores – avaliação, diagnóstico e intervenções, deverá ser feito no sistema Informático *Alert*, no *ícon* destinado à *Enfermagem*.

Documento Interno

1º. Passo - Enfermagem



2º. Passo – Processo de Enfermagem - Avaliações de Enfermagem – Aspectos Gerais - + (adicionar ou editar registos)



3º. *Passo* – Avaliações de Enfermagem – Aspectos Gerais



Aspectos a registar:

1. Prestador de cuidados – ***quem acompanha*** *a criança/jovem ao Serviço de Urgência;*

2. Parentalidade – ***idades; antecedentes relevantes*** *(problemas pessoais/familiares/sociais identificados e estratégias de coping (adaptação/resolução de problemas);* ***recursos de suporte familiar*** *(ex: quem toma conta da criança quando os pais estão ausentes; outro tipo de apoios),* ***métodos de disciplina*** *para com a criança*[5]*;*

3. Contacto telefone – *de ambos os* ***pais/ prestador de cuidados***;

4. Profissão – *dos* ***pais****;*

5. Ocupação tempos livres – ***locais e actividades*** *que a criança/jovem frequenta durante o dia;*

6. Centro de Saúde de referência – ***nome***; *registar aspectos inerentes à* ***vigilância de saúde***.

4º. Passo – Diagnósticos e Intervenções – Diagnóstico - Pediatria

- Os Diagnósticos e Intervenções deverão ser levantados em linguagem CIPE versão 2.0 (Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem)(6) para o Foco "***Parentalidade Efectiva***" (*Positive Parenting*), tendo por base a breve avaliação efectuada;
- Se se verificar, o Diagnóstico "***Risco de Parentalidade Efectiva Comprometida***" deverá ser levantado, seguido das intervenções adequadas a cada situação e explicitadas no Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem na Promoção da Parentalidade Positiva.





5º. Passo – Diagnósticos e Intervenções – Intervenção – Pediatria





6º. Passo – Registar, se necessário, em *Diário de Enfermagem* a informação adicional relevante (exemplo: intervenções futuras sugeridas).

6. DOCUMENTOS ASSOCIADOS:

(1) Direcção Geral de Saúde. **Documento Técnico de Intervenção em Saúde** – Maus Tratos em Crianças e Jovens. Outubro 2007; p. 12, 21, 44, 45, 58;

(2) Center For Disease Control And Prevention - Understanding Child Maltreatment. **Journal**. 2008. Disponível em www: URL:http:// www.cdc.gov/injury, [acedido em Outubro 2010];

(3) Patrício, Sónia. **Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem na Promoção da Parentalidade Positiva**. 2010. Centro Hospitalar de Torres Vedras, Serviço de Pediatria, Unidade de Urgência Pediátrica. Novembro 2010. 30 p.;

(4) Council of Europe. **Parenting in contemporary Europe: a positive approach**. 2008. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6135-2., p. 55 – 59;

(5) **Sistema Informático *Alert*** – Perfil Urgência. Centro Hospitalar de Torres Vedras. [acedido em Outubro/Novembro 2010];

(6) **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0.** (2010), (disponível em enfhttp://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx), [acedido em Outubro 2010];

(7) Filipe, Margarida. **Apontamentos da Unidade Curricular Gestão de Qualidade e Auditorias em Serviços de Saúde** (no âmbito de mestrado em Gestão de Serviços de Enfermagem), Universidade Católica Portuguesa, Maio 2009;

(8) Varandas, Jorge. **Projectos de Melhoria Contínua da Qualidade**, IQS, n°. 3, Junho 2000, ISBN 0874-8772.

Anexo 10

Factores de Risco na Criança/Jovem

FACTORES DE RISCO NA CRIANÇA/JOVEM

CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA/JOVEM QUE PODEM POTENCIAR CONTEXTOS DE RISCO	•Crianças/jovens portadores de necessidades de saúde especiais (doença crónica[2], deficiência física ou mental)[1] •Prematuridade, em particular quando implica estar separado dos pais no período neonatal[1]/1º. ano de vida[2] •Complicações neonatais moderadas a severas[2] •Atrasos/Anomalias no Desenvolvimento[2] •Episódios de doença repetidos[2] •Crianças não desejadas pelos pais[1] •Temperamento "*difícil*"[1] •Crianças com dificuldades de aprendizagem ou "*sobredotadas*"[1] •Comportamentos violentos/agressivos precoces[2] •Falta de controlo/impulsividade[2]
EXPECTATIVAS/ PERCEPÇÕES DOS PAIS/PRESTADORES DE CUIDADOS SOBRE A CRIANÇA/JOVEM QUE PODEM POTENCIAR CONTEXTOS DE RISCO	•Percepção de que a criança é má, manipuladora ou difícil de educar[1] •Criança com características físicas e/ou comportamentos semelhantes a alguém cujos pais não gostam[1] •Pais que competem com a criança pela atenção e afecto que lhes é dedicado[1] •Expectativas não realistas em relação à criança (escolares, desportivas, etc.)[1] •Quando o sexo da criança não corresponde às expectativas dos pais[1]
	•Situação de adopção ou famílias reconstituídas[1]

[1] – Direcção Geral de Saúde. **Documento Técnico de Intervenção em Saúde – Maus Tratos em Crianças e Jovens**. Outubro 2007; Lisboa, p. 44 – 45.

[2] – Barrett, H. (2003) *in:* – Council of Europe. **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach**. 2008. Strasbourg Cedex. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5. p.72 – 73.

FACTORES DE RISCO NA CRIANÇA/JOVEM

CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA FAMILIAR QUE PODEM POTENCIAR CONTEXTO DE RISCO	•Contextos de violência doméstica[1] •Pais abusados ou negligenciados em criança[1] •Problemas de saúde mental (ex. depressão pós-parto)[1] •Alcoolismo ou Toxicodependência[1] •Pais envolvidos em processos legais ou a cumprir pena[1] •Crianças institucionalizadas[1] •Ausência de redes familiares e sociais de apoio[1] •Contextos de crise[1] (ex: morte de amigo íntimo ou irmão[2]; divórcio dos pais e existência de padrastos/madrastas[2]; empregos precários/desemprego[2]) •Nascimento de irmãos nos primeiros 2 anos de vida criança[2] •Irmãos com deficiências/anomalias no crescimento e desenvolvimento[2] •Pais adolescentes[1] •Pais com baixo nível de escolaridade[2]/inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre o desenvolvimento da criança [1] •Padrões educacionais agressivos ou violentos[1] •"*Desenraizamento*" cultural e social (migrantes)[1] •Pais com vida social e/ou profissional intensa, que comprometa o exercício da parentalidade[1] •Más condições habitacionais (sobrelotação/promiscuidade)[1] •Pobreza extrema[2]

[1] – Direcção Geral de Saúde. **Documento Técnico de Intervenção em Saúde – Maus Tratos em Crianças e Jovens**. Outubro 2007; Lisboa, p. 44 – 45. 2

[2] – Barrett, H. (2003) *in:* – Council of Europe. **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach**. 2008. Strasbourg Cedex. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5. p.72 – 73.

Anexo 11

Factores Protectores na Criança/Jovem

FACTORES PROTECTORES NA CRIANÇA/JOVEM

CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA/JOVEM QUE PODEM SER PROTECTORES	•Primeiros filhos[2] •Desenvolvimento sensório-motor e de linguagem adequados à idade/estádio desenvolvimento[2] •Crianças saudáveis (física e psicologicamente[2]) e atractivas[1] •Crianças inteligentes/talentosas[2] •Desejo de autonomia e comportamentos exploratórios[1] •Motivação, desejo de aprender/crescer[2] •Capacidade de resolução de problemas[2] •Capacidade de pedir ajuda quando necessário[1] •Competências adaptativas[1]/flexibilidade[2] •Capacidade de gerir as emoções[2] •Presença de auto-estima[2] •Competências relacionais, de socialização[2] •Ausência de comportamentos stressantes (birras, dificuldade na alimentação, no sono)[2] •Crianças activas (mas não hiperactivas)[2]

[1] – Direcção Geral de Saúde. **Documento Técnico de Intervenção em Saúde – Maus Tratos em Crianças e Jovens**. Outubro 2007; Lisboa, p. 44 – 45. I

[2] – Barrett, H. (2003) *in*: – Council of Europe. **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach**. 2008. Strasbourg Cedex. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5. p.72 – 73.

FACTORES PROTECTORES NA CRIANÇA/JOVEM

CARACTERÍSTICAS DA DINÂMICA FAMILIAR/RELACIONAL E DO CONTEXTO SOCIAL QUE PODEM SER FACTORES PROTECTORES	•Quatro ou menos filhos, com diferenças de pelo menos 2 anos entre eles[2] •Vinculação segura com pelo menos um dos pais[1] •Atenção e dedicação dada pelos pais, sobretudo no 1º. ano de vida[2] •Relação afectiva securizante com um adulto significativo (avós, irmãos, etc.)[1] •Figura de suporte e modelo de identificação para a criança[2] •Rede familiar e social de apoio e segura (amigos, companheiros, professores, vizinhos, etc.)[1] •Bons cuidados prestados por terceiros (instituições, escola, etc.)[2] •Comunicação franca e aberta[2] •Comunidade com recursos acessíveis de educação, saúde, ocupação de tempos livres, etc.[1] •Boa relação com o ambiente escolar[2] •Grupo de pares sem comportamentos violentos/delinquentes/agressivos[2] •Estabelecimento de uma educação estruturada, com regras[2] •Mãe com emprego estável fora de casa[2] •Ausência de conflito parental[2] •Pais confiantes e positivos[2] •Integração religiosa, social e desportiva[2] •Reconhecimento positivo das suas actividades[2]

[1] – Direcção Geral de Saúde. **Documento Técnico de Intervenção em Saúde – Maus Tratos em Crianças e Jovens**. Outubro 2007; Lisboa, p. 44 – 45. 2

[2] – Barrett, H. (2003) *in*: – Council of Europe. **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach**. 2008. Strasbourg Cedex. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5. p.72 – 73.

Anexo 12

Folha de Controle do Dossier de Referenciação Interna

Serviço de Pediatria

CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS

SERVIÇO DE PEDIATRIA

UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA



Dossier de Referenciação Interna para Situações de Risco na Criança/Jovem

Elaborado por:

Sónia Patrício

(mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - Universidade Católica Portuguesa)

Orientado por:

Enfermeira Especialista Marta Gaio

Professora Elisabete Nunes

Torres Vedras

Novembro 2010

FOLHA DE CONTROLE nr. ___

Nome da Criança	Número Episódio	Data Referenciação Interna	Data Encaminhamento

Anexo 13

Check List para uma Avaliação de Qualidade



CHECK LIST PARA UMA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE
(Heather Palmer, 2004)

TEMA: "*Intervir para Prevenir*"

1. DIMENSÃO ESTUDADA

Adequação Técnico Científica

2. UNIDADES DE ESTUDO

Utilizadores incluídos na avaliação:

Crianças e Pais em Situação de Risco que recorrem à Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Torres Vedras

Profissionais em avaliação:

Todos os Enfermeiros que realizam triagem pediátrica (serviço de Urgência Geral) e Todos os Enfermeiros que prestam cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica

Período de tempo em que se avalia:

Semestral

3. TIPOS DE DADOS

Estrutura – Folhas de Resumo da Urgência do Dossier de Referenciação Interna
Dados Estatísticos do Gabinete de Gestão de Doentes

Resultado – Folha de Resumo da Urgência do Dossier de Referenciação Interna
Processos de Crianças em Avaliação/Avaliadas pelo Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
Dados Estatísticos do Gabinete de Gestão de Doentes

Epidemiológico - Folhas de Resumo da Urgência do Dossier de Referenciação Interna
Dados Estatísticos do Gabinete de Gestão de Doentes



4. FONTE DE DADOS

Processos das Crianças em Situação de Risco do NHACJR

Dossier de Referenciação Interna

Dados Estatísticos do Gabinete de Gestão de Doentes

5. TIPO DE AVALIAÇÃO

Interna

6. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Todas as Crianças e Pais que recorram à Urgência em Situação de Risco

7. COLHEITA DE DADOS

Enfermeira Sónia Patrício

Enfermeira Marta Gaio

8. RELAÇÃO TEMPORAL

Avaliação Retrospectiva

9. SELECÇÃO DA AMOSTRA

Todas as Crianças e Pais que recorram à Urgência em Situação de Risco

10. INTERVENÇÃO PREVISTA

Medidas Educacionais

- Formação em serviço à Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Geral e da Unidade de Urgência Pediátrica



11. INDICADORES DE AVALIAÇÃO (Ordem dos Enfermeiros, 2007)

Enunciado Descritivo: **PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES** ***"Na procura permanente da Excelência do exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes"*** (Ordem dos Enfermeiros, 2001)		
Foco: Criança/Família em Risco		
Tipo	Indicador, Fórmula de Cálculo, Actividades Melhoria e Avaliação	Periodicidade de avaliação
Estrutura	**E2 – Ensino da Parentalidade Positiva junto dos pais de Crianças em Risco** N°. pais com ensino x 100 N°. total de pais que recorreram á Urgência	Semestral
Resultados	**R1 – Taxa de Efectividade na prevenção dos Maus Tratos** N°. crianças em risco, mas não sujeitas a situações de maus tratos x100 N°. total de crianças em risco que recorreram à Urgência	Semestral
Epidemiológicos	**Ep2 - Taxa de Prevalência das Situações de Risco** N° crianças em risco x 100 N°. total de crianças que recorrem à Urgência **Epd 2 - Taxa de Incidência das Situações de Risco** N°. novos casos de crianças em risco x 100 N°. total de crianças que recorrem à Urgência	Semestral

Tabela 1 – ***Enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros: Prevenção de Complicações e respectivos Indicadores***.

12. REFERÊNCIAS

Ordem dos Enfermeiros (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos**. Lisboa. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt;



Ordem dos Enfermeiros (2007) – **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde**. Lisboa. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt;

Ordem dos Enfermeiros (2004) – Quadro de Referência para a Construção de indicadores e qualidade e produtividade na enfermagem. **Ordem Enfermeiros**. Lisboa, suplemento da revista nº13, Julho de 2004;

Palmer, Heather (2004) – **Avaliação da Qualidade**. Disponível em http://www.hsph.harvard.edu/faculty/heather-palmer/. [Consultado em Outubro 2010].

Anexo XX

Guia Orientador de Boas Práticas

em Enfermagem na Promoção da Parentalidade Positiva



Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem na Promoção da Parentalidade Positiva

FICHA TÉCNICA

Título: Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem na Promoção da Parentalidade Positiva

Autora: Sónia Patrício

(Enfermeira no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras)

(Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, da Universidade Católica Portuguesa)

Orientação e Supervisão: Marta Gaio

(Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras)

Elisabete Nunes

(Professora no Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa)

Colaboração: Ilídio Matos

(Enfermeiro Chefe no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras)

Carla Rodrigues

(Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras)

Local de Elaboração: Centro Hospitalar de Torres Vedras – Serviço de Pediatria – Unidade de Urgência Pediátrica

Data de Elaboração: Novembro 2010

SUMÁRIO

	Página
0.INTRODUÇÃO	4
1.FUNDAMENTAÇÃO	7
2.PRINCÍPIOS GERAIS PARA A PRATICA DE ENFERMAGEM	15
3.ALGORITMO DE ACTUAÇÃO NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA	19
4.OPERACIONALIZAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS	20
5.QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	24
6.GLOSSÁRIO	25
7.REFERÊNCIAS	27
8.BIBLIOGRAFIA	30
ANEXOS	32
Anexo I – Poster "*Aos Meus Papás*"	33

0. INTRODUÇÃO

No seio da dinâmica familiar, a parentalidade pode ser entendida como um processo de adaptação dos pais (principais cuidadores e educadores) ao seu novo papel, pela responsabilidade de gestão das respostas da criança, nas suas próprias respostas e da família. É porventura uma das tarefas mais desafiantes da vida adulta e é, actualmente, alvo de vários tipos de evidência científica.

As preocupações ligadas à realidade onde crescem e são educadas as crianças, levam a realçar a importância de um ambiente harmonioso, estável e positivo, onde quer os pais, quer as crianças encontrem um espaço próprio e sejam amados e reconhecidos. Neste contexto, torna-se necessária uma nova atitude no relacionamento dos pais com os seus filhos, bem como novas exigências no exercício das responsabilidades parentais; uma atitude que reconheça a criança como pessoa que tem necessidades e opiniões, que a estruture, responsabilize e que a valorize, ajudando-a a adquirir auto-estima e auto-confiança, promovendo o seu bem-estar e desenvolvimento.

Os maus tratos infantis exigem atenção e prevenção. As crianças abusadas ou negligenciadas têm o risco de desenvolver problemas de saúde em adultos, pelo que o Center of Disease Control and Prevention (2008) recomenda a promoção de competências de *Parentalidade Positiva* como estratégia de prevenção.

O conceito de **Parentalidade Positiva** pode ser definido como "*um comportamento parental baseado no* ***Superior Interesse da Criança****; fundado no respeito pelos seus direitos, que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas, através da protecção dos riscos e da criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia*" (Council of Europe, 2008, p. 38). Neste contexto, considera-se que os pais são os titulares da responsabilidade parental e as crianças, os sujeitos até aos 18 anos de idade.

Os enfermeiros têm uma posição de destaque pela proximidade com os pais. Numa perspectiva de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a filosofia dos cuidados assenta na criança e família, com vista a uma promoção e envolvimento nas tomadas de decisão, baseada numa parceria entre criança, família e enfermeiro (Casey, 1995). Assim, o *"empowerment"* (capacitação) da família (Council of Europe, 2008), através da criação de oportunidades e meios adequados ao desenvolvimento das suas competências parentais, bem como a potencialização da interacção entre profissionais de saúde e famílias, como suporte/facilitação da sua intervenção no cuidados à criança, torna-se premente na promoção da saúde infantil e na prevenção da doença ou disfunções. Ainda, e

de acordo com a versão 2.0. da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a *Parentalidade Efectiva* (*Positive Parenting*) constitui um foco da nossa actuação (ICN, 2010).

Destinatários: Enfermeiros que prestam cuidados a crianças e famílias no serviço de Pediatria – Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Torres Vedras.

Objectivos:

- Compreender a importância da Promoção da Parentalidade Positiva pelos Enfermeiros, como estratégia de Prevenção dos Maus Tratos Infantis;
- Sistematizar princípios e estratégias de intervenção, com vista a obter informação relevante para uma melhoria da qualidade na intervenção em saúde à criança/família;
- Promover a uniformização dos procedimentos na Promoção da Parentalidade Positiva.

Suporte Normativo:

A elaboração deste guia é suportado por diferentes documentos oficiais nacionais e internacionais, que conferem uma enorme responsabilidade à protecção, respeito pela criança e importância de um ambiente familiar acolhedor, seguro, de empenho mútuo por parte de todos os membros. São exemplos:

- Carta da Criança Hospitalizada (1988);
- Convenção dos Direitos da Criança (1990);
- Recomendações do Comité de Ministros do Conselho da Europa aos Estados Membros;
- Constituição da República Portuguesa (artº.s 16º., 36º. e 67º. a 70º.);
- O III Plano Nacional para a Igualdade – Cidadania e Género (2007-2010) que tem, nomeadamente por objectivos, a promoção da maternidade e da paternidade responsáveis, da conciliação entre a actividade profissional, vida familiar e pessoal, da integração da dimensão de género na formação e na qualificação profissional dos diversos agentes de educação e formação, bem como na educação formal e não formal e, a promoção de um ambiente favorável à integração da igualdade de género no domínio da administração da Justiça;
- O III Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2007-2010) que tem por objectivos, designadamente, a sensibilização das famílias sobre a necessidade de adoptarem estratégias educativas alternativas à violência, através de uma melhor comunicação intrafamiliar que facilite a adopção de novos códigos de disciplina parental;

- Código Deontológico dos Enfermeiros (1998) (nºs. 1 e 3 do artº. 78º. e alínea b) do artº. 81º.);

- Enunciado de posição elaborado pela Ordem dos Enfermeiros no que se refere à protecção de crianças (2007);

- O Respeito pelos Direitos da Criança no Hospital (2010), elaborado pelos Hospitais Promotores de Saúde e apoiado pela Alto Comissariado da Saúde.

Este Guia pretende constituir uma ferramenta de utilidade prática, com elementos essenciais à actuação dos Enfermeiros na Promoção da Parentalidade Positiva, de forma a contribuir para a melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados. Encontra-se dividido em seis capítulos fundamentais: o primeiro corresponde a uma fundamentação teórica de aspectos da parentalidade positiva ligados à criança, família, à sociedade, ético – legais e à prática de Enfermagem. O segundo capítulo refere-se ao algoritmo de actuação na promoção da parentalidade positiva, que corresponde a uma representação gráfica sobre as orientações a seguir neste domínio, de acordo com a evidência científica consultada.

O terceiro capítulo diz respeito aos princípios gerais e recomendações para a prática de enfermagem e o quarto, à operacionalização das boas práticas em linguagem CIPE. O quinto capítulo corresponde a uma pequena reflexão sobre propostas de questões de investigação nesta área e o sexto, a um glossário de termos, siglas e abreviaturas apresentadas neste Guia.

Em anexo encontram-se documentos que pretendem enriquecer a compreensão desta temática.

1. FUNDAMENTAÇÃO

ASPECTOS LIGADOS À CRIANÇA (Council of Europe, 2008)

☼ Na Infância, é decisivo o modo como nos dão o que esperamos. Toda e qualquer criança espera a satisfação das suas necessidades físicas e psicológicas, de uma relação com alguém em quem tenha confiança, que lhe proporcione um ambiente seguro, saudável e adequado ao seu nível de desenvolvimento.

☼ A experiência do jogo e da actividade física é uma excelente forma de perceber a relação entre ordem e desordem, organização e caos e, equilíbrio e desequilíbrio entre os diversos sistemas biológicos e sociais. A criança necessita da oportunidade e liberdade para exprimir a sua motivação intrínseca, explorar o seu envolvimento físico e social sem constrangimentos, quer investigando, quer testando, quer afirmando experiências e possibilidades de acção.

☼ As crianças beneficiam das relações pais-filhos que se caracterizam por uma linguagem rica e que são baseadas no apoio emocional.

☼ O estabelecimento de uma relação afectiva positiva com alguém é indispensável para que as crianças se desenvolvam intelectual, emocional, motivacional, social, moral e fisicamente.

☼ As crianças aprendem melhor quando o ambiente familiar promove os padrões de vida familiar adequados - um "*currículo familiar*" positivo que promova na criança as atitudes, os hábitos e as competências necessárias para aproveitar ao máximo o que o professor ensina.

ASPECTOS LIGADOS À FAMÍLIA (Council of Europe, 2008)

☼ A família é considerada como o principal contexto educativo, de experimentação e de reforço da coesão social. Desta forma, contribui de forma decisiva, para o desenvolvimento das crianças e para a sua socialização.

☼ As famílias continuam a ter o papel de transmitir valores e comportamentos, caracterizando-se como um espaço de segurança e protecção para os seus elementos.

☼ As famílias não dependem apenas de factores internos, mas também da influência do contexto social, económico e cultural. O ambiente familiar de educação é o mais adequado para possibilitar o desenvolvimento dos aspectos pessoais dos indivíduos, sem esquecer que vivem num meio social com uma série de requisitos, limitações e normas.

☼ O mau trato de crianças é quinze vezes mais provável em famílias em que a violência doméstica está presente. As crianças que testemunham situações de violência doméstica entre os pais, têm uma probabilidade de se tornarem adultos maltratantes três vezes superior à das crianças que não assistem regularmente a estas situações.

☼ O abuso emocional, a agressão física, a intoxicação, o abuso sexual, o trabalho abusivo, a ausência de cuidados básicos, a ausência de guarda, o abandono, o mau trato *in* útero e a violenta manipulação afectiva de emoções, são formas de abuso e de maus tratos contra as crianças, perpetrados pela família.

☼ A turbulência dos processos de ruptura e de reconstrução conjugais parece criar um terreno propício à emergência de situações de risco, como sejam, situações de abuso emocional, abuso sexual, agressão física, trabalho abusivo e de ausência de guarda.

☼ A família e os seus membros não só servem de modelo de comportamento, como também são os que marcam os padrões de relação e configuram a primeira visão do mundo para a criança, sendo que, muito frequentemente, as características da sua evolução posterior na escola, nas relações sociais e afectivas, inclusivamente na sua vida com adultos, explicam-se pelas vivências familiares e pelo sentido da relação estabelecida, sobretudo com os pais.

☼ O mito da "*família idealizada*", sustentado pela ideologia romântica, leva-nos a pensá-la como o lugar dos afectos e da expressividade. Esta idealização associada a outros mitos é, em parte, responsável por negligenciarmos a gravidade da violência doméstica, considerando-a muitas vezes, como uma componente necessária à educação dos filhos, ao relacionamento conjugal e a certas interacções familiares.

☼ É necessário redefinir a família e o casal, com uma abordagem mais flexível e tolerante, mais adequada à realidade social presente.

☼ Estamos hoje perante uma vivência da paternidade mais efectiva e afectiva, sendo que os jovens pais, ainda que com especificidades decorrentes de diferentes posições socioeconómicas e idades, demonstram uma vontade de estarem presentes e de acompanharem o crescimento dos filhos, tendo um forte envolvimento emocional com eles.

☼ A noção de paternidade vinculada a um determinismo biológico e uma noção de maternidade adstrita a elementos de caracterização moral e psicológica da progenitora, estão hoje completamente desajustados.

☼ Alguns dos constrangimentos à participação dos homens na vida familiar não nascem necessariamente da sua vontade, localizando-se nos efeitos de género que actuam nos próprios contextos profissionais (ex: é-lhes pedido para cumprirem um horário bastante preenchido no início da carreira profissional; são considerados pela entidade patronal como homens sem família e com possibilidades de dedicação ilimitada à empresa), constituindo impedimentos à sua maior participação em casa.

☼ A parentalidade positiva confere uma enorme responsabilidade no respeito pela dignidade e direitos das crianças, cabendo aos pais assegurar um ambiente familiar propício a uma aprendizagem positiva, com garantia de uma disponibilidade para com a criança. Para tal, devem utilizar uma disciplina assertiva, procurar garantir as condições necessárias ao exercício da sua missão enquanto progenitores, na educação e no desenvolvimento das suas crianças.

ASPECTOS LIGADOS À SOCIEDADE (Council of Europe, 2008)

☼ Não obstante as mudanças sociais, ocasionando alterações progressivas de estilos de vida e formas de representação do mundo, independentemente da manipulação ou do controlo exercido sobre o jogo na criança, esta brincará sempre que for possível, independentemente dos obstáculos espaciais e temporais. Assim, torna-se urgente na sociedade projectada para reabilitar as crianças e jovens, uma "*cultura de rua com segurança*" e sem agendas excessivamente carregadas.

☼ Os posicionamentos do adulto e das instituições educativas vocacionadas para a delimitação de uma estimulação organizada, tendem a ordenar os comportamentos, os valores e as atitudes das crianças como se elas necessitassem de ser moldadas exclusivamente ao sistema.

☼ Existe a necessidade do desenvolvimento de uma política global e específica para a infância que considere a criança como um actor social. No entanto, o reconhecimento às crianças do estatuto de actores sociais só faz sentido se se fizer acompanhar da auscultação da sua voz e da valorização da sua capacidade de atribuição de sentido, quer às suas acções, quer aos seus contextos de vida, ainda que expressos com características específicas do seu desenvolvimento.

☼ Existe a necessidade de uma maior coordenação das diferentes valências técnicas, tendo em vista o real bem-estar das crianças e a criação de condições que permitam um maior acompanhamento por parte dos pais.

☼ Actualmente poderemos estar perante uma transferência progressiva, indesejável e alarmante para a escola, das responsabilidades educativas que pertencem à família; a educação de infância é cada vez mais valorizada como forma de superar as carências do meio familiar.

☼ As políticas e legislação sobre a família são frequentemente inadequadas aos novos tipos de família, como sejam as famílias monoparentais ou as famílias separadas.

☼ O futuro da humanidade passará naturalmente por uma aproximação e construção óbvia de uma cultura de tempos livres, baseada na conciliação entre vida profissional, familiar e pessoal.

☼ Nos próprios termos da Constituição da República Portuguesa, o Estado deve promover, fomentar e incentivar o desenvolvimento de uma política que proteja e valorize as famílias e que possibilite a realização pessoal dos seus membros, baseada no respeito pela sua identidade e autonomia.

☼ A Convenção dos Direitos da Criança, da mesma forma que impõe obrigações aos pais, estabelece os deveres por parte dos poderes públicos e da comunidade no apoio às famílias.

☼ Existe um crescente interesse, a nível da União Europeia, pelas políticas de apoio à criança e às famílias, bem como uma maior disposição para um envolvimento institucional em áreas tradicionalmente encaradas como pertencentes ao domínio privado dos indivíduos. Esse interesse abrange a promoção de programas que criem condições de inclusão para as crianças e suas famílias e, ainda, o desenvolvimento de medidas promotoras de uma parentalidade positiva.

☼ Este clima de mudança foi potenciado pela persistência de níveis inaceitáveis de pobreza infantil na Europa e pela preocupação em quebrar o ciclo de pobreza entre gerações.

☼ O Conselho da Europa promoveu a Conferência de Estrasburgo intitulada *"Changes in Parenting: Children Today, Parents Tomorrow"*, em 11 de Maio de 2006, que teve nova edição em Lisboa, de 15 a 17 de Maio de 2006 e cuja lógica reside na ideia de promover uma Europa amiga das famílias e orientada para as crianças. Esta Conferência adoptou como um dos objectivos principais, a promoção do desenvolvimento da parentalidade positiva, ou seja, o desenvolvimento de relações positivas entre pais e as crianças, a fim de optimizar todo o potencial de crescimento de uma criança.

ASPECTOS ÉTICO – LEGAIS (Council of Europe, 2008)

☼ É necessário educar no respeito e afecto, transmitir valores, falar com as crianças, ouvi-las, ensiná-las a aceitar as frustrações, impor limites e exercer a autoridade sem medo.

☼ O afecto flui entre as pessoas, dá-se e recebe-se; proporcionar afecto requer esforço; o afecto é essencial para a espécie humana, em especial na infância e na doença; em suma, o afecto é a necessidade que todos os organismos sociais têm de receber ajuda e colaboração dos seus congéneres para que possam sobreviver.

☼ É imperativo o envolvimento de todos os actores da educação, na igualdade e na não discriminação.

☼ No Direito Internacional, desde a Declaração dos Direitos da Criança em 1959, o interesse do menor (a sua dignidade e autonomia) tornou-se no princípio fundamental, no qual se inspiraram as legislações nacionais, encontrando este princípio um posterior alargamento do âmbito da sua aplicação com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança de 1989.

☼ No campo da parentalidade positiva, o Conselho da Europa considerou que uma educação não violenta é uma verdadeira questão dos Direitos do Homem, entendendo como essencial que os Estados garantam os Direitos das Crianças enquanto indivíduos, redefinindo não só o lugar das crianças na sociedade, como a própria relação entre pais e filhos. Assim, foi acordado que o conceito de parentalidade positiva engloba a necessidade de abolição dos castigos corporais e a protecção contra todas as formas de violência, incluindo o abuso de crianças no seio das próprias famílias. Salienta ainda que não só os Estados têm responsabilidade neste domínio, mas que igualmente recaem responsabilidades sobre as próprias famílias e todos os membros da comunidade.

☼ O reconhecimento legal de uma relação de filiação constitui-se como o primeiro passo para estabelecer os direitos das crianças e as responsabilidades dos pais, que vão muito além dos aspectos básicos, nomeadamente, o de proporcionar um ambiente de crescimento afectuoso, seguro, estimulante e moralmente adequado, de modo a criar cidadãos responsáveis, num quadro de valores e de princípios adequados, sendo esta responsabilidade repartida por ambos os pais.

ASPECTOS LIGADOS À PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Com vista ao Desenvolvimento, Saúde e Bem-Estar da criança, a parentalidade positiva é fundamental nos primeiros três anos de vida, uma vez que o cérebro humano tem grande potencial

para a aprendizagem e os pais têm oportunidade para optimizarem o desenvolvimento dos filhos (American Academy of Pediatrics, 2005).

Grande parte dos estudos em parentalidade positiva (de 2003 a 2009) descrevem programas que abordam temáticas preventivas e foram desenvolvidos em visitas domiciliárias, sessões de grupo ou conjugando os dois. Os temas resultantes da análise dos estudos feita em Portugal, foram agrupados, de acordo com o seu conteúdo:

- "*Capacitação dos pais para a parentalidade"* – considerando os pais como principais responsáveis pela educação dos filhos, com pleno direito à sua individualidade e diferença, será fundamental a sua capacitação, fornecendo-lhes os conhecimentos necessários ao desempenho correcto, autónomo e eficaz do seu papel parental (Fielden e Gallagher, 2008).

Segundo Lopes et al (2010), os pais acreditam na importância do seu papel no futuro da criança, pelo que, na construção da sua própria parentalidade, o recurso a estratégias de *coping* positivas é recomendada por Long et al (2001). Segundo Lopes et al (2010), a principal estratégia de *coping* usada pelos pais (sobretudo com filhos únicos e residentes em vila/aldeia) em situações de stress parental é a procura de profissionais de saúde, os quais devem fornecer respostas adequadas às suas reais necessidades.

- *"Comportamento, desenvolvimento e estimulação da criança"* – a necessidade dos pais conhecerem e promoverem o desenvolvimento dos filhos é um tema essencial na parentalidade positiva e reconhecida por diferentes estudos, já que o relacionamento positivo e a interacção são promotores do desenvolvimento infantil (Benzies et al, 2008). Este desenvolvimento deve ser gerido pelos pais (Fielden e Gallagher, 2008) e monitorizado pelos enfermeiros (Norr et al, 2003), conforme indicações no Guia Orientador de Boas Práticas na Avaliação do Desenvolvimento Infantil elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2010).

A compreensão e gestão do comportamento da criança pelos pais e a estimulação da mesma com brinquedos apropriados para a idade e reconhecimento dos seus limites de receptividade, são fundamentais para o seu desenvolvimento (Fielden e Gallagher, 2008).

- *"Interacção pais – criança*" – são importantes estratégias para melhorar a adaptação entre pais e crianças e para promover a sensibilidade ao choro e solicitações da criança. As respostas dos pais com afecto (Benzies et al, 2008) e os comportamentos para a promoção da vinculação devem ser estimulados (Bryanton et al, 2009).

- *"Segurança e saúde da criança"* – os pais devem ser preparados para compreenderem e responderem positivamente às necessidades físicas e emocionais da criança, nomeadamente no sono, na alimentação, na atenção e no brincar (Bryanton et al, 2009; Fielden e Gallagher, 2008). Também o incentivo a consultas regulares e ao cumprimento do calendário vacinal (Norr et al, 2003), a educação para a saúde (Fielden e Gallagher, 2008; Heaman et al, 2006) e a sensibilização para a

utilização do leite materno (Bryanton et al, 2009) são fundamentais para a prevenção de doenças na criança.

A prestação de cuidados seguros e adequados, a manutenção de um ambiente seguro em casa e a protecção da criança dos perigos também devem ser promovidos (Bryanton et al, 2009; Norr et al, 2003).

- *"Disciplina positiva"* – para a construção de confiança e de auto-estima na criança, é fundamental uma disciplina adequada (Long et al, 2001), positiva e com anulação das restrições e da punição (Norr et al, 2003; Howard e Brooks-Gunn, 2009). As crenças de alguns pais (sobretudo residentes em aldeia) em relação ao seu papel parental centram-se no estabelecimento de limites pela negativa (Lopes et al, 2010), pelo que se torna urgente uma intervenção preventiva, afim de evitar situações involuntárias de maus tratos infantis.

- *"Construção de capital social*" – o capital social resulta da capacidade dos pais para desenvolverem relações positivas com outros membros locais e da comunidade, sendo determinante na parentalidade positiva (Fielden e Gallagher, 2008). Os relacionamentos com a família e outras ligações sociais, bem como a optimização dos recursos comunitários devem ser estimulados (Fielden e Gallagher, 2008; Heaman et al, 2006).

Um estudo desenvolvido em Portugal num centro de saúde da região de Leiria (Lopes et al, 2010) que pretendia identificar as principais dificuldades dos pais no seu papel parental, evidenciou algumas conclusões:

- *"Cuidar da Criança quando está doente;*

- *Implementar a técnica da amamentação de acordo com o comportamento do bebé;*

- *Falta de experiência para cuidar;*

- *Adaptação dos pais (masculino) ao papel parental;*

- *Responder ao choro da criança;*

- *Nos 1º.s seis meses existem maiores dificuldades;*

- *Pais e mães de filho único têm maior dificuldade de resposta às necessidades da criança;*

- *Pais e mães que têm outros filhos sentem mais dificuldade a nível de suporte".*

De acordo com este mesmo estudo, foram elaboradas algumas formas de resposta por parte dos enfermeiros, nomeadamente:

- *"Apoiando os pais nas suas dificuldades no contexto da realização do seu papel, enquanto interagem com a criança;*

- *Integrando os pais no cuidar e não somente as mães;*

- *Na situação de pais pela primeira vez, direccionando o planeamento para intervenções relacionadas com o desempenho do papel;*

- *Identificando e respondendo à necessidade de suporte nos pais que têm outros filhos;*

- Capacitando os pais para compreenderem e optimizarem as potencialidades da criança em cada fase de desenvolvimento" (Lopes e tal, 2010).

Tendo em conta estas sugestões baseadas na evidência científica, os enfermeiros podem incidir numa série de focos da sua actuação, afim de serem encontradas estratégias de intervenção no apoio à parentalidade positiva, sobretudo em crianças dos 0 aos 3 anos, evidenciando programas e atitudes na prática que possam traduzir ganhos em saúde para a criança e para os pais.

2. PRINCÍPIOS GERAIS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (Lopes et al, 2010, Council of Europe, 2008)

Políticas da Rede Organizacional

☼ A articulação em rede com outros profissionais ou enfermeiros de outros contextos é uma responsabilidade, para uma promoção contínua e suportada da parentalidade positiva.

☼A criação de espaços apropriados, que garantam o privado atendimento dos pais.

Formação/Investigação

☼ A promoção da cooperação nacional e internacional e a troca de conhecimentos, experiências e boas práticas em matéria de parentalidade positiva.

Prestação de Cuidados

☼ O reconhecimento das crianças e dos pais (ambos os progenitores, pela sua complementaridade) como titulares de direitos e sujeitos a obrigações, com um potencial natural e pluralista e parceiros essenciais na optimização do potencial de desenvolvimento da criança, constituem os princípios básicos da parentalidade positiva.

☼ O reconhecimento da necessidade de condições de vida que permitam aos pais a sua realização pessoal e que sejam adequadas ao exercício da parentalidade positiva, nomeadamente a independência social e económica e o acesso aos bens e equipamentos de apoio às famílias.

☼ As atitudes profissionais deverão respeitar as diferentes formas de parentalidade, a sua individualidade, o seu ritmo de aprendizagem, evitando juízos de valor, atitudes prescritivas e de imposição dos seus ideais.

☼ A Parceria de Cuidados (Casey, 1995) e o "*Empowerment*" (capacitação) dos pais (Council of Europe, 2008) constituem princípios regentes da actuação dos enfermeiros, no cuidado à criança.

☼ As situações de vulnerabilidade (ex: internamento hospitalar) e risco merecem especial atenção, devendo ser aproveitadas todas as oportunidades de contacto com crianças/famílias para promover a parentalidade positiva (Council of Europe, 2008).

☼ A construção da confiança dos pais no seu papel e na sua capacidade e responsabilidade para a solução de problemas, exige dos profissionais uma abordagem de apoio positiva e baseada nos pontos fortes e no potencial dos pais para a promoção da saúde e do desenvolvimento da criança (Heaman et al, 2005).

☼ O enfermeiro deverá assumir o papel de educador optimista, parceiro, facilitador, conselheiro e, acima de tudo representante e defensor máximo dos Direitos da Criança e família ao mais alto nível de saúde e desenvolvimento.

☼ A abordagem dos pais deve incluir um diagnóstico sobre as características positivas, capacidades e disponibilidade da família para o desenvolvimento das suas competências parentais (Howard e Brooks – Gunn, 2009).

☼ O planeamento das intervenções deve ser baseada nas escolhas dos pais (Fielden e Gallagher, 2008), em assuntos do seu interesse (Benzies et al, 2008; Norr et al, 2003), devendo os restantes focos ser incluídos de forma faseada e abordados pela positiva.

☼A utilização de reforços positivos é sugerida por Benzies et al (2008) e as oportunidades para a interacção pais/filhos e promoção da parentalidade positiva podem corresponder a momentos de brincadeira e jogos (Sadler e Cowlin, 2003).

RECOMENDAÇÕES PARA UMA PARENTALIDADE POSITIVA (Council of Europe, 2008)

1. ***Compromisso*** - Os pais devem comprometer-se a proporcionar cuidados e atenção regular e personalizada às suas crianças. É imprescindível que pai e mãe, no exercício activo de uma parentalidade positiva, desenvolvam uma rotina diária de interacção focalizada em cada um dos seus filhos, dado que a qualidade do tempo individual é o que lhes confere a sensação de serem especiais, valorizados interiormente e com elevada auto-estima. Estes sentimentos inserem-se num quadro de valores e princípios, conducente à construção de cidadãos socialmente válidos e responsáveis.

O relacionamento, o carinho parental e envolvimento parental positivo com a criança são variáveis essenciais na parentalidade positiva segundo Russel (1997). Os pais devem percepcionar as

qualidades e comportamentos positivos da criança, demonstrar sensibilidade, carinho, respeito e responder positivamente às solicitações da criança aquando da interacção com a mesma.

O mesmo autor refere que os pais devem assumir atitudes que melhoram as trocas afectivas: expressões emocionais claramente direccionadas para a criança e adaptadas ao seu comportamento, alegria nas respostas dirigidas à criança, calor afectivo através de carícias, palavras que indiquem ternura e atitudes afectivas protectoras, sem atitudes punitivas violentas e rejeição. A acrescentar a esta qualidade nas trocas afectivas, a sensibilidade dos pais para interpretar e responder às necessidades da criança com autenticidade e sincronia são aspectos importantes na parentalidade positiva nas crianças dos 0-3 anos (Pecnik, 2008).

2. ***Disciplina Assertiva*** - Os pais devem educar as suas crianças aplicando uma disciplina assertiva, compreensiva e compassiva, sem violência de qualquer tipo, contribuindo, através deste exercício positivo da parentalidade, para que estes se tornem adultos emocionalmente saudáveis, cooperantes, sociáveis e responsáveis. Pressupõe ainda que sejam incutidas nas crianças, maneiras construtivas de lidar com o conflito humano, sem degenerar em comportamentos agressivos e violentos.

3. ***Ambiente Emocional*** - Os pais devem assegurar às suas crianças um ambiente de apreço e reconhecimento, porque são as expressões parentais do amor e do entusiasmo que fornecem a nutrição emocional, vital para o desenvolvimento saudável das crianças, nomeadamente para o desenvolvimento da auto-estima e do amor-próprio, bem como para a estimulação do desenvolvimento intelectual.

As crianças constroem a sua auto-imagem, em larga medida, a partir da percepção que têm dos sentimentos dos seus pais para com elas, pelo que o facto de os pais elogiarem e apreciarem os esforços dos filhos quando estes têm sucesso e quando falham, dá origem a um poderoso reforço do seu carácter, da auto-motivação, trazendo-lhes a alegria da satisfação.

Todas as formas de violência física e verbal, assim como a negligência, que é igualmente uma forma de violência, devem ser excluídas do exercício de uma parentalidade positiva. Estas são profundamente traumáticas para os filhos e colocam em causa o princípio fundamental de que a criança precisa de ser aceite e amada.

4. ***Ambiente Físico*** – Os pais devem promover um ambiente físico saudável e organizado, que garanta as condições de segurança e de salubridade necessárias ao desenvolvimento integral da criança, permitindo-lhe explorar, experimentar, de maneira lúdica e agradável, cada espaço, sem riscos ou perigos para a sua saúde física e mental.

O ambiente físico é representado por tudo aquilo que a criança tem ao alcance dos seus sentidos, desde os objectos que manuseia e observa, aos ruídos a que é exposta.

Assim, e para um desenvolvimento harmonioso, é importante que o meio físico favoreça a liberdade de movimento e de expressão das crianças, de forma a que elas se sintam à vontade para estudar, pesquisar, ajudar, jogar, brincar, descobrir…

5. ***Sentido de Inclusão na Família*** - É muito importante que os pais assegurem às crianças um sentido de inclusão na família, pois este sentimento de pertença permitirá às crianças exercer o direito de participação na vida familiar. Desta forma, poderão ser escutadas e é-lhes dado o direito de expressar os seus pontos de vista.

6. ***Confiança mútua*** - Pais e criança devem-se olhar mutuamente como seres humanos e criar uma relação de proximidade. Neste contexto, os pais devem considerar que toda a confiança deve ser mútua e que a criança precisa de manifestações de reconhecimento e respeito da sua esfera particular.

Em todos os momentos, deverá ser procurado um clima de amizade que favoreça o diálogo e a entre - ajuda.

7. ***Exemplos Positivos*** - Os pais deverão constituir-se como modelos emocionais positivos para as crianças, transmitindo aos seus filhos, pensamentos e comportamentos emocionalmente saudáveis.

Deverão assim, pautar o seu comportamento e atitudes por padrões morais, éticos, profissionais, humanos, familiares e culturais ao nível mais elevado, a fim de se constituírem como um exemplo irrepreensível para os seus filhos.

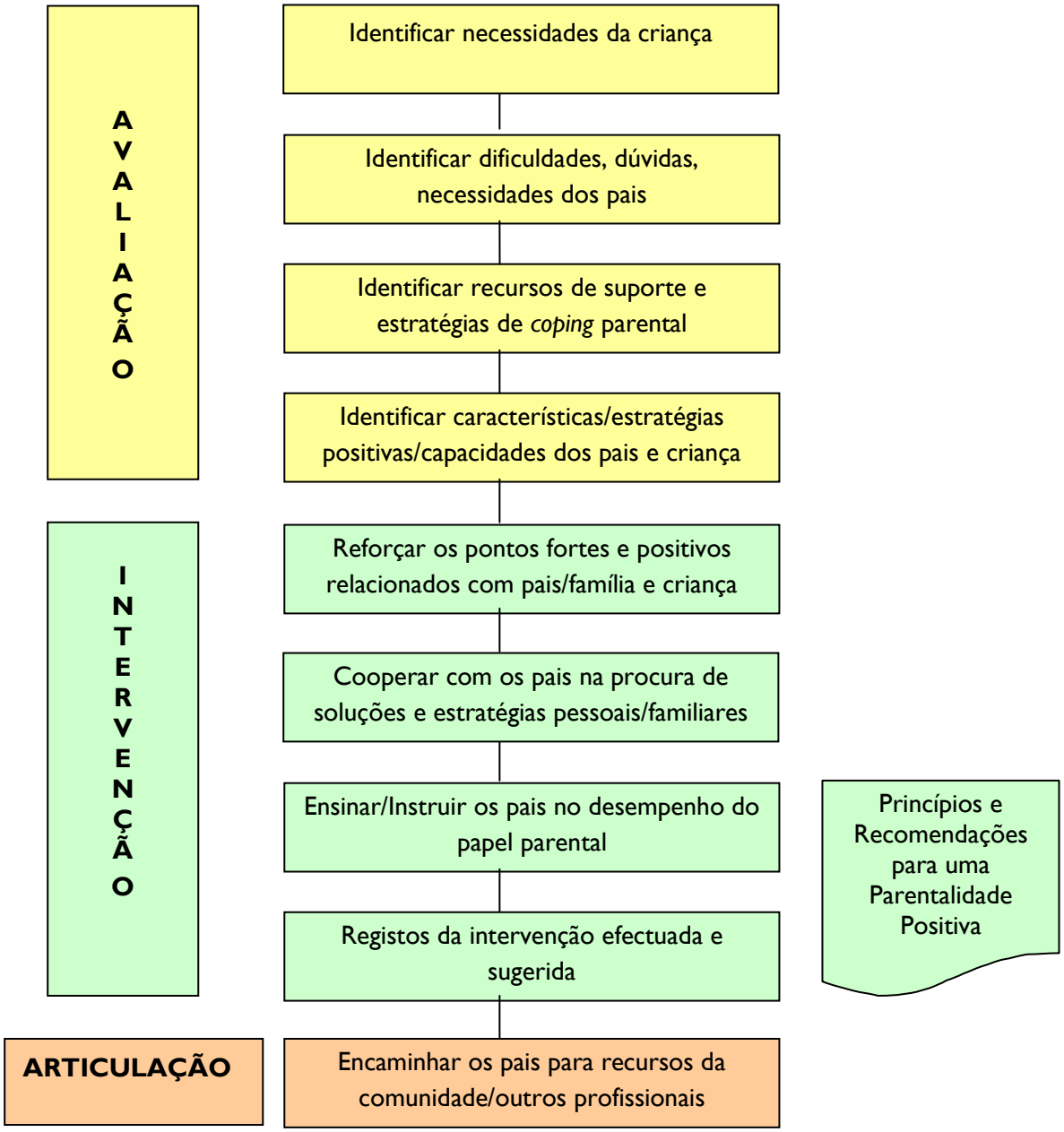
8. ***Orientação e Instrução*** - Os pais devem desenvolver permanentemente as suas competências parentais com o intuito de definirem objectivos motivadores para as crianças, relativamente à sua autonomia e responsabilização.

Exige um cuidado especial, a introdução de uma nova tarefa ou responsabilidade para a criança, no sentido de evitar a sua desmotivação. Aprender com o seu próprio esforço, constitui para ela um estímulo, considerando que cada nova realização é um passo em frente.

Torna-se essencial que os pais promovam a auto-motivação da criança e a sua satisfação interior, permitindo-lhes a realização dos seus próprios objectivos, bem como o encorajando-as e elogiando-as.

Nas suas práticas educativas devem também, promover os valores inerentes à cidadania, designadamente a igualdade de oportunidades.

3. ALGORITMO DE ACTUAÇÃO NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA



4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS

O Foco "*Parentalidade Efectiva*", de acordo com a linguagem CIPE versão 2.0. deverá constituir o alvo da intervenção de Enfermagem neste domínio. O Diagnóstico "*Risco de Parentalidade Efectiva Comprometida*" poderá ser levantado, após uma prévia avaliação da situação, conforme explícito no Algoritmo de Actuação.

As Intervenções de Enfermagem deverão ser adequadas e personalizadas, no entanto é possível fornecer linhas orientadoras desta actuação, padronizadas numa linguagem classificada e incluída no sistema informático *Alert*, facilitando a interpretação e registo por parte dos profissionais envolvidos.

Os termos seguidamente apresentados encontram-se descritos no Glossário, para uma melhor compreensão dos mesmos.

ATENDER
Incentivar os pais à prestação de cuidados à criança/adolescente (ser sensível às necessidades da criança e responder-lhes adequadamente)
Incentivar comportamento interactivo pais - criança/adolescente (passar tempo de qualidade; dar atenção)
Promover ligação mãe/pai – filho (mostrar afecto, confiança mútua)
Incentivar os pais à estimulação da autonomia da criança/adolescente (deixar fazer escolhas; demonstrar respeito pela luta da criança; não fazer muitas perguntas; não desencorajar; não antecipar a resposta da criança; não tirar a esperança de que ela é capaz)
Incentivar os pais ao envolvimento da criança/adolescente na tomada de decisão (dar informação sobre a sua situação; permitir escolhas) (Faber et al, 2010)
Incentivar a confiança pais - criança/adolescente (comunicar abertamente; ser assertivo, confiante e positivo)
Encorajar afirmações positivas dos pais à criança (elogiar características, competências adquiridas)
Elogiar competências da criança/adolescente aos pais
Incentivar os pais a elogiar a criança/adolescente
Encorajar a comunicação expressiva de emoções dos pais (mostrar disponibilidade; garantir espaço com privacidade)

Encorajar o auto-controlo dos pais: ansiedade (não se descontrolar; não exercer disciplina quando está zangado)
Incentivar o bem - estar físico, psicológico, social e espiritual dos pais (conciliação vida pessoal/familiar/profissional/conjugal)
Facilitar a comunicação de necessidades dos pais no desempenho do papel parental efectivo (disponibilidade física e psicológica para exercer papel parental)
Escutar os pais
Facilitar a aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel parental efectivo (demonstrar procedimentos; incentivar utilização do jornal de parede "*Juntos Crescemos*"; leitura do poster" *Aos meus papás*")
Promover a paternidade
Elogiar os pais no comportamento de procura de saúde (na vigilância de saúde, no recurso aos serviços de saúde)
Encorajar o envolvimento da família (identificar recursos de suporte parental no seio familiar)
Encorajar comportamentos de procura de saúde na comunidade

DETERMINAR
Observar comportamento interactivo pais – criança/adolescente
Identificar características do comportamento interactivo pais – criança/adolescente (sensibilidade, sincronia na interacção)
Identificar necessidades dos pais no desempenho do papel parental efectivo (utilização do jornal de parede "*Juntos Crescemos";* contacto com os pais*)*
Identificar recursos dos pais no desempenho do papel parental efectivo (suporte familiar, social)
Validar conhecimento dos pais sobre o papel parental efectivo
Identificar competências da criança/adolescente (características de acordo com o desenvolvimento/características que podem potenciar contextos de risco)
Identificar expectativas nos pais sobre competências da criança/adolescente (identificar expectativas não realistas/realistas em relação à criança)
Procurar características do processo familiar (características da dinâmica relacional)
Procurar características do processo social (características da interacção social – recursos, relação com grupos, indivíduos)
Procurar medidas de segurança dos pais no desempenho do papel parental efectivo (segurança física e emocional)

Procurar medidas de segurança do ambiente para a criança (ambiente físico e emocional seguro, supervisão parental)

GERIR
Permitir presença do pai e da mãe
Gerir privacidade dos pais/criança/adolescente
Gerir informação proveniente dos pais/criança/adolescente
Descrever informação proveniente dos pais/criança/adolescente
Solicitar colaboração médica
Solicitar avaliação de processo familiar (encaminhar para o NHACJR/recursos da comunidade)
Solicitar avaliação de processo social (encaminhar para o NHACJR/recursos da comunidade)

INFORMAR
Informar os pais sobre situação clínica da criança/adolescente
Explicar aos pais os procedimentos à criança/adolescente
Ensinar os pais sobre processo de desenvolvimento infantil (características do desenvolvimento adequadas à idade/comportamentos esperados)
Instruir os pais sobre processo de desenvolvimento infantil (estimular a autonomia e o desenvolvimento da criança, deixar explorar o ambiente)
Ensinar os pais sobre necessidades emocionais da criança/adolescente (afecto, segurança, disciplina, auto-estima, autonomia)
Instruir os pais sobre necessidades emocionais da criança/adolescente (ouvir e respeitar a opinião da criança, mostrar disponibilidade e tempo de qualidade, elogiar)
Ensinar os pais sobre medidas de segurança à criança (importância do exemplo positivo, da proximidade)
Instruir os pais sobre medidas de segurança à criança (proximidade; disponibilidade; supervisão)
Instruir os pais sobre supervisão da criança/adolescente (cognitiva – resolução de problemas; social – relação com pares; ambiental – meio físico; emocional – regras firmes e consistentes, disciplina positiva) (Faber et al, 2010)
Instruir os pais sobre o estabelecer de limites para a criança/adolescente (regras firmes e consistentes, alternativas aos castigos: deixar exprimir sentimentos da criança, afirmar as expectativas dos pais, mostrar à criança como emendar a situação, dar alternativas) (Faber et al, 2010)
Instruir os pais sobre auto-controlo: ansiedade (importância de cuidar de si próprio; integração de recursos familiares e na comunidade)

Ensinar os pais sobre papel parental efectivo (ao nível de: compromisso, confiança, ambiente físico e emocional, disciplina positiva, exemplos positivos, sentido de inclusão na família, orientação e instrução)
Instruir os pais sobre papel parental efectivo (mostrar poster Aos meus papás, jornal de parede "*Juntos Crescemos*")
Ensinar os pais sobre estratégias de adaptação ao papel parental efectivo (encontrar com eles estratégias de *coping*)
Instruir os pais sobre estratégias de adaptação ao papel parental efectivo
Ensinar os pais sobre prestação de serviços na comunidade (recursos existentes)
Orientar os pais para serviços de saúde na comunidade (encaminhamento)

5. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A temática da parentalidade positiva carece de estudos científicos em Portugal e, de acordo o Relatório do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2010), a parentalidade encontra-se nas áreas prioritárias de investigação em Enfermagem.

As principais questões, dúvidas e necessidades dos pais no Cuidar à criança doente, podiam ser desenvolvidas, de modo a que os enfermeiros que Cuidam no Hospital, pudessem adequar a sua actuação. O Jornal de Parede "*Juntos Crescemos*" existente na sala de espera da Urgência Pediátrica, pretende vir a ser uma forma de obter dados, úteis a uma investigação deste tipo.

Questões como as estratégias parentais positivas, no exercício da disciplina, na promoção da auto-estima, na conciliação entre a vida pessoal e profissional e conjugal, seriam igualmente interessantes alvos de investigação, de modo a que os enfermeiros tomassem conhecimento das mesmas e sugerissem aos pais a quem prestam cuidados.

Ainda questões como a avaliação do desempenho e saberes parentais no exercício da parentalidade positiva merecem especial atenção por parte dos enfermeiros, na avaliação da efectividade da sua actuação e melhoria dos cuidados prestados.

6. GLOSSÁRIO (ICN, 2010)

Atender - *acção com as características específicas: Estar atento a, de serviço a, ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa.*

Incentivar - *acção de Promover com as características específicas: Levar alguém a actuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma actividade.*

Promover - *acção de Assistir com as características específicas: Ajudar alguém a começar ou a progredir nalguma coisa.*

Encorajar - *acção de Apoiar com as características específicas: Dar confiança ou esperança a alguém.*

Elogiar - *acção de Relacionar com as características específicas: Expressar aprovação ou admiração por alguém ou alguma coisa.*

Facilitar - *acção de Assistir com as características específicas: Tornar alguma coisa mais fácil para alguém.*

Escutar - *acção de Relacionar com as características específicas: Fazer o esforço de ouvir o outro, ouvir atentamente o que os outros dizem, prestar atenção e responder a outros.*

Determinar - *acção com as características específicas: Descobrir ou estabelecer com precisão a presença de alguma coisa.*

Observar - *acção de Determinar com as características específicas: Prestar atenção e olhar cuidadosamente alguém ou alguma coisa.*

Identificar - *acção de Avaliar com as características específicas: Estabelecer sistematicamente a identidade de alguém ou de alguma coisa.*

Validar - *acção de Observar com as características específicas: Estabelecer a exactidão, qualidade ou condição de alguma coisa.*

Procurar – *acção de Identificar com as características específicas: Observar, descobrir ou encontrar vestígios ou sinais de alguém ou alguma coisa através de pesquisa.*

Gerir - *acção com as características específicas: Estar encarregado de, e organizar para alguém ou alguma coisa.*

Descrever - *acção de Informar com as características específicas: Relatar as características, o aspecto, etc. de alguém ou alguma coisa, oralmente ou por escrito.*

Solicitar - *acção de Coordenar com as características específicas: Pedir a alguém que faça alguma coisa, pedir alguma coisa.*

Informar - *acção com as características específicas: Comunicar alguma coisa a alguém.*

Explicar - *acção de Informar com as características específicas: Tornar alguma coisa compreensível ou clara para alguém.*

Instruir - *acção de Ensinar com as características específicas: Fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa.*

Ensinar - *acção de Informar com as características específicas: Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde.*

Orientar - *acção de Informar com as características específicas: Dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde.*

Papel Parental Efectivo – *papel de membro da família: interagir de acordo com responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade, relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar essas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento óptimos de um filho dependente.*

CHTV – Centro Hospitalar de Torres Vedras
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

7. REFERÊNCIAS

Alto Comissariado da Saúde - Hospitais Promotores de Saúde (2010). **O Respeito pelos Direitos da Criança no Hospital**, Lisboa;

American Academy Of Pediatrics (2005). **Your Baby's First year**. 2.ª ed. New York: American Academy of Pediatrics. ISBN:0-553-58794-3.;

Benzies, K. [et al.] (2008)- **Strengthening new fathers' skills in interaction with their 5-month-old infants: Who benefits from a brief intervention?** Public Health Nursing, 25(5), 431-439;

Carta da Criança Hospitalizada (1988). Disponível em http://www.iacrianca.pt/pt/carta-da-crianca-hospitalizada. [consultado em 10-11- 2010];

Casey, Anne (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care In: GLASPER,E. A.; Tucher, A. – **Advanced in Child Health Nursing**. London. Scutari.193 p.;

Código Deontológico do Enfermeiro (1998). Disponível em http://www.ordemdosenfermeiros.pt. [acedido em 5 – 11- 2010];

Convenção dos Direitos da Criança (1990). Lisboa. Disponível em www.apfn.com.pt/declaração_dos_direitos_da_criança.htm. [Consultado 10-11-2010];

Centers For Disease Control And Prevention (2008). Understanding Child Maltreatment. **Journal**. Disponivel em www: URL:http:// www.cdc.gov/injury;

Council Of Europe (2008). **Parenting in contemporary Europe: a positive approach**. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6135-2;

Faber, A.; Mazlish, Elaine (2000). **How to Talk So Kids Listen**. Workbook. London, 56 p.;

Fielden, j. M.; Gallagher, L. M. (2006). Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: A questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, 45(3), 406-417;

Heaman, M.; Chalmers, K.; Woodgate, r. (2005). Early childhood home visiting programme: factors contributing to success. **Journal of Advanced Nursing**, 55(3), 291-300.

Howard, K. S.; Brooks-Gunn, J. (2009). **The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect**. Future of Children*, 19* (2), 119-146;

Internacional Council of Nurses (2010). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0.**, (disponível em enfhttp://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx), [acedido em Outubro 2010];

Lopes, et al (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. **Referência.** Coimbra. III Série, nº.1, Julho 2010.p.109-118,

Norr, K. F. [et al.] (2003). Maternal and infant outcomes at one year for a nurse-health advocate home visiting program serving African Americans and Mexican Americans. **Public Health Nursing**, 20(3), 190-203;

Ordem dos Enfermeiros (2007). **Protecção das Crianças: Enunciado de Posição**. Lisboa;

Ordem dos Enfermeiros (2007). **Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores de Boa Prática de Cuidados**. Comissão de Formação. Lisboa;

Ordem dos Enfermeiros (2010). **Relatório Bienal da Comissão de Formação**. Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem;

Pecknic, Nina (2008). **Towards a vision of parenting in the best interests of the child** *in* "Parenting in contemporary Europe: a positive approach". Council of Europe. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing. p. 15-36. ISBN 978-92-871-6135-2;

Russel, Alan (1997). Individual and Family Factors Contributing to Mothers' and Fathers' Positive Parenting. **International Journal of Behavioral Development**, 21 (1), 111-132;

Sadler, L. S.; Cowlin, A. (2003). Moving into Parenthood: A Program for New Adolescent Mothers Combining Parent Education With Creative Physical Activity. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, 8(2), 62.

8. BIBLIOGRAFIA

Brazelton, T. Berry – **O Grande Livro da Criança. O Desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Maio 2009, 11ª. ed., 535 p.

Brazelton, T. Berry; Sparrow, J.D. – **A Criança e o seu Mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e desenvolvimento**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Janeiro 2009, 6ª. ed., 271 p.

Brazelton, T. Berry; Sparrow, J.D. – **A Criança e a Higiene**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Outubro 2007, 2ª. ed., 100 p.

Brazelton, T. Berry; Sparrow, J.D. – **A Criança e o choro**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Janeiro 2009, 4ª. ed., 78 p.

Brazelton, T. Berry; Sparrow, J.D. – **A Criança e o sono**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Novembro 2007, 4ª. ed., 90 p.

Brazelton, T. Berry; Sparrow, J.D. – **A Criança e a Alimentação**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Janeiro 2009, 2ª. ed., 135 p.

Brazelton, T. Berry; Sparrow, J.D. – **A Criança e a Disciplina**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Março 2007, 9ª. ed., 124 p.

Brazelton, T. Berry; Sparrow, J.D. – **Compreender a Agressividade na Criança.** Editorial Presença, Queluz de Baixo, Janeiro 2009, 2ª. ed., 135 p.

Brazelton, T. Berry; Sparrow, J.D. – **Compreender as Relações entre irmãos**. Editorial Presença, Queluz de Baixo, Novembro 2007, 2ª. ed., 131 p.

Ballenato, G. – **Educar sem Gritar**. A esfera dos Livros.6ª. ed., Lisboa, Janeiro 2010. 269 p.

Conselho Da Europa – **Recomendações sobre Parentalidade Positiva**. Lisboa.2006 [consultado em 14-04-2010]. Disponivel em www.paisparasempre.eu/ppositiva/parentalidadep.html.

Juffer, Femmie; Kranenburg, M.J.B.; Ijzendoorn, M.H.V. – **Promotion Positive Parenting. An Attachment – Based Intervention**. Psicology Press, Amsterdam, 2007, 237p.;

Thomas, L. – **Como ser uma Supermamã**. Arte plural edições. Lisboa, 1ª. ed., Fevereiro 2010. 238p.

ANEXOS

Anexo I

Poster *"Aos Meus Papás"*

Aos Meus Papás...



A minha existência é uma dádiva... por isso, cuidem de mim como preciso, mostrem que sou especial para vós, dispensem um pouco do vosso tempo para brincarmos e crescermos juntos...

Lembrem-se: as minhas mãos são pequenas, por isso não esperem a perfeição ao fazer a cama, desenhar, atirar ou agarrar uma bola! As minhas pernas são igualmente pequenas... abrandem para eu vos poder acompanhar...

As tarefas domésticas estão sempre a precisar de ser feitas. Só sou pequeno por pouco tempo, por isso percam tempo a explicar-me as coisas deste fantástico mundo em que vivemos, para que vos possa ajudar melhor no futuro...

Por favor, não vão "fazer por cima" tudo o que eu faço. Isso dá-me a ideia de que os meus esforços nunca alcançam as vossas expectativas. Sei que é difícil, mas não me comparem a outras crianças...

Os meus olhos não vêem o mundo do mesmo modo que os vossos, por isso, deixem-me explorá-lo em segurança, dando-me oportunidades para aprender. Não me impeçam de o fazer sem necessidade... e mantenham-se por perto!

Preciso de ser encorajado para crescer... responsabilizem-me pelas minhas acções, dando-me linhas de orientação e regras consistentes... Ah! E elogiem-me sempre que me portar bem!

Dêem-me a liberdade para tomar decisões que me dizem respeito. Deixem-me falhar, para que eu possa aprender com os meus erros. Assim, um dia estarei preparado para tomar as decisões que a vida me exigirá...

Lembrem-se: podem criticar o que faço sem me criticarem a mim... disciplinem-me de um modo carinhoso... em vez de me castigar, ajudem-me a perceber o que fiz de errado e como posso melhorar...

Os meus sentimentos ainda estão tenros. Não impliquem comigo a toda a hora... tratem-me como desejariam ser tratados...

Não tenham medo de ir passar fora um fim-de-semana. Os filhos precisam de férias dos pais, como os pais precisam de férias dos filhos. É uma bela maneira de mostrarem como a vossa relação é especial...

Sejam os meus melhores exemplos... ensinem-me o que é a confiança, a amizade, a inter-ajuda e o respeito... assim poderei tornar-me numa Pessoa Verdadeira, Recta e Humana!

chtv CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS

Elaborado por: Enfª. Sónia Patrício

(mestranda em Enfermagem na área especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa)

Orientado por: Enfª. Especialista Marta Gaio
Professora Elisabete Nunes

Novembro 2010

Referências:

Council of Europe (2008) – **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach.** Strasbourg Cedex. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5.175p.; http://www.junior.te.pt/servlets/Gerais?P=Pais&ID=759.

Anexo XXI

Guia Orientador do Jornal de Parede *"Juntos Crescemos"*

Serviço de Pediatria

CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS

SERVIÇO DE PEDIATRIA

UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

"Juntos Crescemos"

- Guia Orientador do Jornal de Parede -





Elaborado por:

Sónia Patrício

(mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - Universidade Católica Portuguesa)

Orientado por:

Enfermeira Especialista Marta Gaio

Professora Elisabete Nunes

Torres Vedras

Novembro 2010

Diz-me e eu esquecerei

Ensina-me e eu lembrarei

Envolve-me e eu aprenderei

PROVÉRBIO CHINÊS

SUMÁRIO

	Página
1. DEFINIÇÃO	4
2. CONCEITOS ASSOCIADOS	4
3. OBJECTIVOS	5
4. LOCAL DE AFIXAÇÃO	5
5. MATERIAL DISPONÍVEL NO JORNAL	5
6. METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO	5
7. REGRAS DE ELABORAÇÃO DE ARTIGOS/FOLHETOS	6
8. REGISTOS	7
9. RESPONSABILIDADES	7
10. PROJECTOS FUTUROS	7
11. DOCUMENTOS ASSOCIADOS	8
ANEXOS	9
Anexo 1 – Fotografia do Jornal de Parede "Juntos Crescemos"	10
Anexo 2 – Artigo - Modelo	13
Anexo 3 – Folheto - Modelo	15

1. DEFINIÇÃO:

O Jornal de Parede "*Juntos Crescemos*" (**Anexo I**) consiste numa exposição mensal de artigos/folhetos de promoção da parentalidade positiva, cuja autoria ou pesquisa é da responsabilidade dos Enfermeiros do serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras, com colaboração da equipa multidisciplinar. As temáticas a que os artigos/folhetos dão resposta, são provenientes das questões colocadas pelos pais, no que se refere a dúvidas, necessidades e dificuldades relacionadas com os Cuidados ao filho/a.

2. CONCEITOS ASSOCIADOS:

Parentalidade Positiva – *"comportamento parental baseado no* ***Superior Interesse da Criança****; fundado no respeito pelos seus direitos, que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas, através da protecção dos riscos e da criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia*"[1].

Princípios básicos da Parentalidade Positiva - reconhecimento das crianças e dos pais como titulares de direitos e sujeitos a obrigações, com um potencial natural e pluralista e parceiros essenciais na optimização do potencial de desenvolvimento da criança[1].

Recomendações da Parentalidade Positiva – ***compromisso*** (os pais devem comprometer-se a proporcionar cuidados e atenção regular e personalizada às suas crianças); ***disciplina assertiva*** (os pais devem educar as suas crianças aplicando uma disciplina compreensiva e compassiva, sem violência de qualquer tipo, abolindo os castigos corporais); ***ambiente emocional*** (os pais devem assegurar às suas crianças um ambiente de apreço e reconhecimento); ***ambiente físico*** (os pais devem promover um ambiente físico saudável e organizado, que garanta as condições de segurança e de salubridade necessárias ao desenvolvimento integral da criança); ***sentido de inclusão na família*** (os pais devem assegurar o sentimento de pertença e o direito à participação da criança na vida familiar); ***confiança mútua*** (pais e criança devem-se olhar mutuamente como Seres Humanos e criar uma relação de proximidade); ***exemplos positivos*** (os pais deverão constituir-se como modelos emocionais positivos para as crianças, transmitindo aos seus filhos, pensamentos e comportamentos emocionalmente saudáveis); ***orientação e instrução*** (os pais devem desenvolver permanentemente as suas competências parentais, com o intuito de definirem objectivos motivadores para as crianças, relativamente à sua autonomia e responsabilização)[1].

Empowerment dos pais - capacitação dos pais[1].

3. OBJECTIVOS:

Para os Pais:

- Promover o "*empowerment*" dos pais no cuidado à criança, através da transmissão de informação referente às competências parentais positivas, baseadas nas suas necessidades, dúvidas e dificuldades pessoais;

Para a Criança:

- Contribuir para a Saúde, Desenvolvimento Harmonioso e Felicidade da Criança;

Para os Enfermeiros:

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos Enfermeiros no âmbito da temática da parentalidade positiva, através da pesquisa e elaboração de artigos/folhetos de leitura para os pais;

- Permitir o conhecimento das dúvidas, necessidades e dificuldades dos pais que recorrem ao serviço de Urgência, com vista a uma adequação progressiva da prática às mesmas.

4. LOCAL DE AFIXAÇÃO:

- Sala de Espera do Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Torres Vedras.

5. MATERIAL DISPONÍVEL NO JORNAL

- Tiras de papel (mínimo 10/mês) e 1 caneta fixa.

6. METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO:

- Do dia 20 ao dia 23 de cada mês, será efectuada uma *recolha das questões* colocadas pelos pais no local destinado para o efeito;

- Do dia 23 ao dia 25 de cada mês, será efectuada uma *análise de conteúdo das questões*, permitindo agrupá-las em temáticas no âmbito das Recomendações da Parentalidade Positiva[1], nomeadamente:

- *Compromisso*
- *Disciplina Positiva*
- *Ambiente Emocional*
- *Ambiente Físico*
- *Sentido de Inclusão na Família*
- *Confiança Mútua*
- *Exemplos Positivos*
- *Orientação e Instrução*

- Do dia 25 ao dia 31 de cada mês, deverá ser efectuada *uma pesquisa bibliográfica ou redigido um artigo/folheto* para exposição no jornal, pelos enfermeiros ou outros elementos da equipa, voluntários à elaboração/pesquisa dos mesmos;

- O artigo/folheto a ser exposto será sujeito a uma *verificação* das regras impostas nos modelos seguidamente apresentados e disponibilizados nos **Documentos Partilhados** dos computadores do serviço de Pediatria;

- Do dia 1 ao dia 3 de cada mês, deverá ser *afixado o artigo/folheto* referente à temática seleccionada para o mês em questão, após ter sido retirado o exposto anteriormente;

- Após a sua exposição, os artigos/folhetos deverão ser *arquivados no dossier* destinado para o efeito, anualmente.

7. REGRAS DE ELABORAÇÃO DE ARTIGOS/FOLHETOS

Artigo – *"(…) uma matéria, um texto sobre algum assunto que em geral tem uma posição bem determinada (…)* "[(2)]

- Os *artigos* deverão ser *elaborados* de acordo com as regras expressas no *artigo – modelo* (**Anexo 2**) e apresentados em folha A4, com apenas 1 página.

Folheto – *"(…) um folheto ou panfleto é um meio de divulgação de uma ideia ou marca, feito de papel e de fácil manuseabilidade. Pelo seu baixo custo é muito utilizado para atingir grandes públicos em pouco tempo (…); pode consistir numa única folha de papel, impressa em dois lados e dobrada pela metade (…)"*[(3)].

- Os *folhetos elaborados* não deverão ultrapassar 4 páginas em folha A5 e deverão cumprir as regras expressas no *folheto – modelo* (**Anexo 3**);

- Os *artigos e folhetos provenientes da pesquisa*, deverão respeitar as mesmas regras, no que se refere ao número de páginas e ao tamanho do papel;

- Os direitos de autor deverão ser assegurados, através do registo das respectivas referências bibliográficas;

- A exposição de fotografias deverá ser acompanhada das respectivas autorizações por parte de quem nelas se encontra exposto;

- Apela-se à criatividade dos autores, no que se refere à exposição do texto e imagens.

8. REGISTOS:

- Dossier referente ao Jornal "*Juntos Crescemos*", disponível para consulta no Gabinete de Enfermagem, que contém:
  - Guia Orientador do Jornal de Parede *"Juntos Crescemos";*
  - Artigos/Folhetos expostos;
  - Registo mensal da análise de conteúdo das questões colocadas pelos pais.

9. RESPONSABILIDADES:

Gestão da Informação:

Enfª. Sónia Patrício – Responsável
Enfª. Marta Gaio
Enfª. Catarina Carvalho
Enfº. Tiago Nascimento

10. PROJECTOS FUTUROS

- A colectânea de artigos/folhetos publicados no jornal poderão ser utilizados futuramente na construção de um "*Manual de Apoio à Parentalidade Positiva"*.

11. DOCUMENTOS ASSOCIADOS

(1) Council of Europe (2008) – **Parenting in Contemporary Europe. A positive approach.** Strasbourg Cedex. Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6134-5.175 p.;

(2)Artigo – definição – disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Artigo [consultado em Novembro 2010];

(3)Folheto – definição – disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Panfleto [consultado em Novembro 2010];

Regras para elaboração de um Jornal de Parede – disponível em **http://wwww.cfdibjc.pt/MalasPedagogicas/2008/TC/docs/mod002-activ003.pdf** [Consultado em Novembro 2010].

ANEXOS

Anexo 1 – Fotografia do Jornal de Parede "*Juntos Crescemos*"
Anexo 2 – Artigo – Modelo
Anexo 3 – Folheto - Modelo

ANEXOS

Anexo 1

Fotografia do Jornal de Parede "Juntos Crescemos"

PAPÁS...

... Somos a Equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria e sabemos que a Saúde, Desenvolvimento e Felicidade dos Vossos Filhos/as são motivos que ocupam o vosso pensamento ao longo da vida e, pelos quais, muitas vezes recorrem a este serviço. Estamos cá para vos ajudar e queremos, cada vez mais, ir ao vosso encontro ... *O BEM-ESTAR DA VOSSA CRIANÇA É TAMBÉM UM OBJECTIVO NOSSO!*

Por isso, criámos este espaço onde podem, enquanto aguardam pelo atendimento, registar as vossas principais *DÚVIDAS, DIFICULDADES e NECESSIDADES relacionadas com os Cuidados ao Vosso Filho/a.* Mensalmente, procuraremos dar respostas às vossas questões, através de artigos/folhetos de leitura.

Não se esqueçam!!! As vossas questões podem igualmente ser as mesmas de outros papás que recorrem ao serviço, podendo, desta forma, ajudarem-se uns aos outros!

Este espaço é VOSSO!!! Através dele, vós, os vossos filhos e nós... JUNTOS CRESCEMOS !!!



COLOQUEM AQUI AS VOSSAS QUESTÕES

FICHA TÉCNICA:

O Jornal de Parede "*Juntos Crescemos*" consiste numa exposição mensal de artigos/folhetos de promoção da parentalidade positiva, cuja autoria ou pesquisa é da responsabilidade dos Enfermeiros do serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras, com colaboração de outros profissionais.
Elaborado por: Sónia Patrício - mestranda em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Universidade Católica Portuguesa. *Orientado por*: Marta Gaio (Enfermeira Especialista) e Elisabete Nunes (Professora).
Responsável pela Gestão da Informação: Sónia Patrício (Enfermeira) *Edição:* Novembro 2010

JUNTOS CRESCEMOS

PAPÁS...



... Somos a Equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria e sabemos que a Saúde, Desenvolvimento e Felicidade dos Vossos Filhos/as são motivos que ocupam o vosso pensamento ao longo da vida e, pelos quais, muitas vezes recorrem a este serviço. Estamos cá para vos ajudar e queremos, cada vez mais, ir ao vosso encontro ... *O BEM-ESTAR DA VOSSA CRIANÇA É TAMBÉM UM OBJECTIVO NOSSO!*

Por isso, criámos este espaço onde podem, enquanto aguardam pelo atendimento, registar as vossas principais *DÚVIDAS, DIFICULDADES e NECESSIDADES relacionadas com os Cuidados ao Vosso Filho/a*. Mensalmente, procuraremos dar respostas às vossas questões, através de artigos/folhetos de leitura.

Não se esqueçam!!! As vossas questões podem igualmente ser as mesmas de outros papás que recorrem ao serviço, podendo, desta forma, ajudarem-se uns aos outros!

Este espaço é VOSSO!!! Através dele, vós, os vossos filhos e nós... JUNTOS CRESCEMOS !!!

COLOQUEM AQUI AS VOSSAS QUESTÕES





FICHA TÉCNICA:

O Jornal de Parede "Juntos Crescemos" consiste numa exposição mensal de artigos/folhetos de promoção da parentalidade p

Elaborado por: Sónia Patrício - mestranda em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e

Responsável pela Gestão de Informação: Sónia Patrício (Enfermeira) *Edição:* Novembro 2010

Marta Gaio (Enfermeira Especialista) e Elisabete Nunes (Professora)

AGRADECIMENTOS:

Anexo 2

Artigo - Modelo”

2,5 cm

TÍTULO

(letra Gill Sans MT, maiúsculas, tamanho 16, bold, centrado)

Texto

(letra Gill Sans MT, tamanho 14, espaçamento 1,5 linhas, justificado)

2,5 cm

2,5 cm

tamanho 12

<u>Elaborado por:</u>

(nome e apelido do/s autor/es – categoria profissional)

Data exposição (mês e ano)

2.5 cm

Anexo 3

Folheto - Modelo

(Título e Texto em letra Gill Sans MT, tamanho 14 e 12 respectivamente, espaçamento 1,5 linhas, justificado)

(letra Gill Sans MT, tamanho 10)

chtv CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS



Serviço de Pediatria

Elaborado por:

(nome e apelido do/s autor/es – categoria profissional)

Data exposição (mês e ano)

Anexo XXII

Relatório da Formação –

Apresentação do Projecto "*Intervir para Prevenir*"

CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS

Serviço de Pediatria

Apresentação do Projecto

"Intervir para Prevenir"

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO



SUMÁRIO

	Página
1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO	3
2. PLANO DE SESSÃO	4
3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO	6
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	39
ANEXOS	42
Anexo 1 – Convite para a Sessão de Formação	43
Anexo 2 – Vídeo apresentado na Sessão de Formação	45

1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

1.1. DATA, HORA, LOCAL DE REALIZAÇÃO
Data: 16 Novembro 2010 **Duração**: 1 h (15h – 16h) **Local:** serviço de Pediatria
1.2. MODALIDADE DA FORMAÇÃO
Formação em Serviço
Designação: Apresentação do Projecto "*Intervir para Prevenir*"- Abordagem das situações de risco na criança/jovem, em contexto de Urgência; Promoção da Parentalidade Positiva como estratégia de Prevenção dos Maus Tratos Infantis.
1.3. INSTITUIÇÃO/SERVIÇO
Centro Hospitalar de Torres Vedras – serviço de Pediatria
1.4. FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA
A realidade dos Maus Tratos Infantis na população que recorre à Urgência Pediátrica carece de uma consciencialização por parte dos profissionais e de medidas preventivas no âmbito multidisciplinar. O enfoque na promoção da Parentalidade Positiva, como estratégia de prevenção dos Maus Tratos, pode ser uma medida válida neste contexto. Assim, o Projecto *Intervir para Prevenir* é apresentado por meio desta sessão à equipa nele envolvido, de forma a ser garantida a sua exequibilidade.
1.5. OBJECTIVOS
- Sensibilizar os profissionais para a problemática dos Maus Tratos Infantis na realidade do Centro Hospitalar de Torres Vedras; - Divulgar medidas de actuação na abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto de Urgência, baseadas em necessidades dos enfermeiros identificadas; - Apresentar o conceito, princípios, recomendações e orientação de Boas Práticas em Parentalidade Positiva, como estratégia de prevenção dos Maus Tratos Infantis; - Promover o debate multidisciplinar, com vista à reflexão e melhoria dos Cuidados prestados à criança/jovem em risco.
1.6. DESTINATÁRIOS
Enfermeiros do Serviço de Pediatria, do Serviço de Urgência Geral, Elementos do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e outros Convidados.
1.7. CONCEPÇÃO/ORGANIZAÇÃO
Nome: Sónia Patrício **Categoria**: Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa **Nome:** Marta Gaio **Categoria**: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
1.8. FORMADORES
Nome: Sónia Patrício **Categoria**: Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa
1.9. CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO
Metodologia da Formação: Expositiva, Activa.

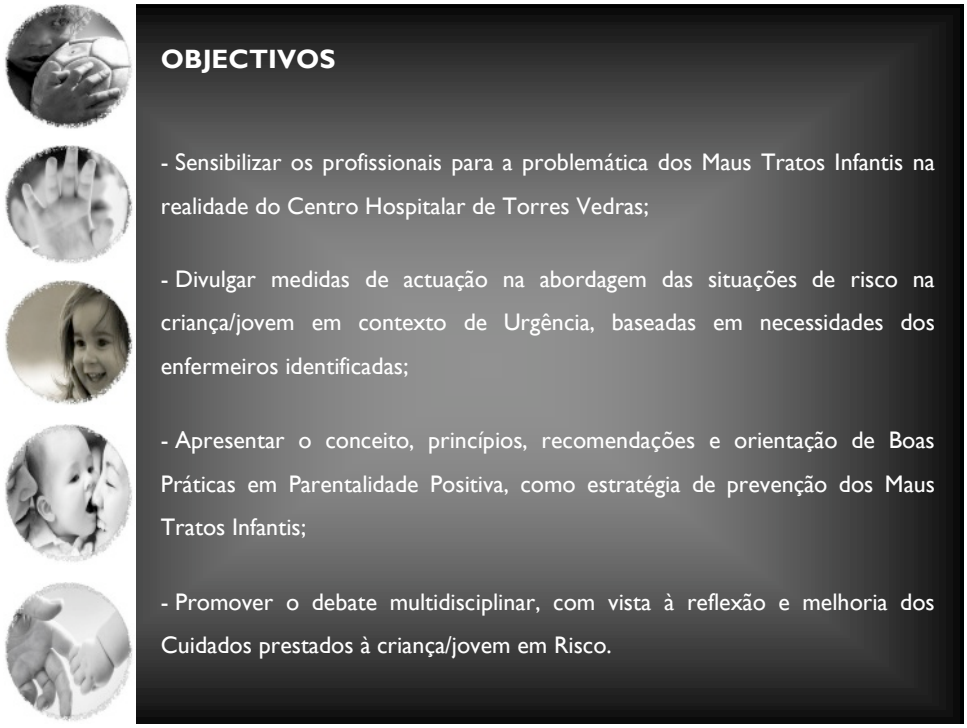
2. PLANO DE SESSÃO

Conteúdos	Actividades	Recursos Didácticos	Duração da Actividade	Avaliação
Apresentação dos Objectivos da sessão A problemática dos Maus Tratos Infantis: -Conceito -Tipologia -Criança em Risco/Perigo -Factores de Risco -Factores de Protecção Intervenção dos Serviços de Saúde A nossa Realidade – incidência da problemática A nossa Intervenção – serviço de Urgência - Diagnóstico de Necessidades - Manual Operativo do Serviço de Pediatria Promoção da Parentalidade Positiva como estratégia de Prevenção dos Maus Tratos Infantis: - Conceito - Princípios - Recomendações - Enfermagem de Saúde Infantil e	Expositivo	Computador Portátil Projector <u>Documentos:</u> - Plano de sessão; - Registo de Presenças; - Registo de Sumário; - Questionário de Avaliação da sessão; - Guia dos Direitos da Criança no Hospital; - Fichas de leitura com factores de Risco e Protectores para os Maus Tratos Infantis.	1 min 10 min 2,5 min 2,5 min 20 min 15 min	

Pediatria - Evidência Científica - Orientação de Boas Práticas Discussão/ Avaliação da Sessão	Expositivo Activo		10 min	Aplicação de um Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO



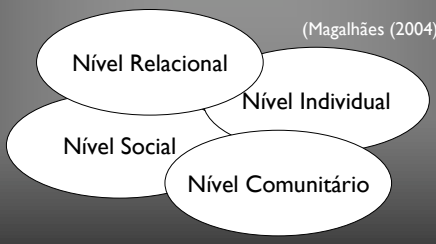




A PROBLEMÁTICA DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Maus – Tratos - *"qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças/jovens e pessoas mais velhas, num contexto de relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder"*

(Magalhães (2004) citado por DGS, 2007, p. 33)



Modelo Ecológico
(OMS (2002) citado por DGS (2007)



A PROBLEMÁTICA DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Tipologia

NEGLIGÊNCIA

MAU TRATO FÍSICO

MAU TRATO PSICOLÓGICO

SÍNDROMA DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

(DGS, 2007)



A PROBLEMÁTICA DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Criança/Jovem em Risco e Perigo

Situações de Risco – *"dizem respeito ao perigo potencial para a efectivação dos Direitos da Criança, no domínio da segurança, formação, saúde, educação e desenvolvimento".*

Situações de Perigo – *"a evolução negativa dos contextos de risco, conduzem ao surgimento de situações de perigo".*

(DGS, 2007, p. 7)



A PROBLEMÁTICA DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Factores de Risco

"Correspondem a variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar alterações do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e jovens (…) são qualquer tipo de influência que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos".

Características da Criança

Expectativas dos pais/prestadores de cuidados sobre a criança/jovem

Características do sistema familiar

(DGS, 2007, p. 7)



A PROBLEMÁTICA DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Factores Protectores

"Correspondem a variáveis físicas, psicológicas e sociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social (...) funcionam como moderadores dos factores de risco, controlando ou evitando o respectivo impacto dos mesmos"

Características da Criança

Características da dinâmica familiar/relacional e do contexto social

(DGS, 2007, p. 7)



A PROBLEMÁTICA DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Factores de Risco

versus

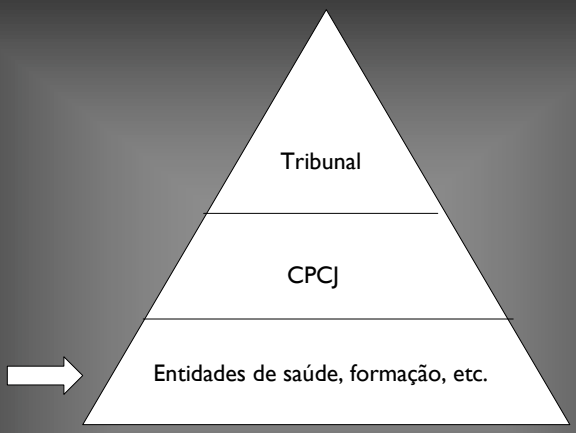
Factores Protectores

Bom Senso

Reflexão Ético - legal



INTERVENÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



Interesse Superior da Criança; Privacidade; Intervenção Precoce; Intervenção Mínima; Intervenção Proporcional e Actual; Responsabilidade Parental; Obrigatoriedade da Informação; Participação; Subsidariedade (Lei nº. 147/99 de 1 de Setembro)



A NOSSA REALIDADE – INCIDÊNCIA DA PROBLEMÁTICA

92 NOTIFICAÇÕES – Janeiro 2004 / Dezembro 2009

-**Sexo Feminino** maioritariamente

-**Quatro primeiros anos** de vida

-Concelho de **Torres Vedras**

-**Abuso Sexual** predominante, seguido de mau trato físico, negligência e mau trato psicológico

-Principal agressor – **familiar**, seguido de vizinhos, estranhos e outros

-9 crianças **retiradas** à família

(Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco do CHTV, 2010)



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

Carta da Criança Hospitalizada (1988)
Convenção dos Direitos da Criança (1990)
Código Deontólogico do Enfermeiro (1998)
Missão do Serviço de Pediatria do CHTV (2005)
Enunciado Posição da Ordem dos Enfermeiros (2007)
Direitos da Criança no Hospital (2010)



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

Violência e Maus Tratos ⇨ Protocolos de Actuação

PREVENÇÃO PRIMÁRIA/ SECUNDÁRIA/TERCIÁRIA

(Prevenção, Detecção, Intervenção, Referenciação e Restabelecimento de Situações de Risco)

ARTICULAÇÃO FUNCIONAL

Dificuldades
Sugestões de Melhoria



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica
7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Como define "*criança em risco*"?

Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

Criança sujeita a maus tratos (Físico, Psíquico, Abuso Sexual, Negligência) – 7 UR
Criança com **bem - estar** físico, psicológico, social, emocional e moral **comprometido –** 7UR
Criança com carência em cuidados – 4UR
Criança com probabilidade de ocorrência de maus tratos – 4UR
Criança com desenvolvimento infantil comprometido – 3UR
Criança violada nos seus Direitos – 3UR



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica
7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Como define "*criança em risco*"?

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral

Criança com carência em cuidados – 2UR
Criança com probabilidade de ocorrência de maus tratos – 2UR
Criança com bem - estar físico, psicológico, social, emocional e moral comprometido – 1UR
Criança sujeita a maus tratos (Físico, Psíquico, Abuso Sexual, Negligência) – 1 UR
Criança com desenvolvimento infantil comprometido – 1UR
Criança violada nos seus Direitos – 1UR



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que dificuldades na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

Serviço de Saúde

- Ineficácia/ausência de articulação de cuidados - 10 UR
- Ausência de protocolos de actuação - 6UR
- Características institucionais pouco favoráveis - 2UR

(*espaço, ambiente hospitalar*)



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que dificuldades na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral

Serviço de Saúde

- Características da instituição/ serviço pouco favoráveis - 4UR
  (*elevado nr. Utentes; triagem não é feita pelos enf. da Pediatria*)
- Ineficácia/ausência de articulação de cuidados – 3UR



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que dificuldades na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

Rede de Cuidados

- Ineficácia/ausência de articulação de cuidados - 11UR
- Falta de conhecimentos sobre articulação de cuidados – 2UR
- Demora na resolução de processos – 2UR



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que dificuldades na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral

Rede de Cuidados

- Ineficácia/ausência de articulação de cuidados - 3UR



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que dificuldades na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

Enfermeiro/a

- Déficit de formação na área do risco – 10UR
- Intervenção pouco valorizada no seio da equipa multidisciplinar – 7UR



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que dificuldades na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral

Enfermeiro/a

- Déficit de formação na área da pediatria – 4UR



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que dificuldades na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

Pais e Crianças
- Abordagem comprometida – 5UR (*comunicação, compreensão, lidar com sofrimento*)
- Identificação dificultada pela omissão de informação - 5UR
- Características da relação pais - filho - 1UR (*diminuição do vínculo)*

Outras → Atitude dos profissionais de saúde (*juízos de valor*) – 1UR



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que dificuldades na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral

Pais e Crianças
- Abordagem comprometida – 3UR (*dificuldade no relacionamento; abordar os casos*)
- Identificação dificultada pela omissão de informação - 2UR
- Características da relação pais - filho - 2UR (*ansiedade*)



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que estratégias de melhoria na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

Serviço de Saúde

- Melhoria da articulação de cuidados 24h/dia – 9UR
- Existência de protocolos de actuação – 4UR
- Atitudes dos profissionais – 3UR

(*respeito, sensibilização, actuação junto dos pais*)



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que estratégias de melhoria na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral

Serviço de Saúde

- Política institucional (*triagem apropriada*)– 3UR
- Existência de protocolos de actuação – 2UR
- Características físicas adequadas -1UR



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica
7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que estratégias na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

Rede de Cuidados
- Melhoria da articulação de cuidados – 7UR
- Conhecimentos sobre articulação de cuidados – 2UR
- Celeridade na resolução de processos – 1UR



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica
7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que estratégias na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral

Rede de Cuidados
- Conhecimentos sobre articulação de cuidados – 2UR
- Melhoria da articulação de cuidados – 1UR



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que estratégias na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

Enfermeiro/a

- Formação na área do risco (*reuniões multidisciplinares*) – 8UR
- Intervenção valorizada no seio da equipa multidisciplinar – 4UR (*relatório de enfermagem*)



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que estratégias na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral

Enfermeiro/a

- Formação na área da pediatria – 2UR
- Atitude dos profissionais (*mais despertos*) – 1UR



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que estratégias na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

Pais e Crianças

- Atitudes dos profissionais (*trabalhar com e não para os pais*) – 9UR
- Formação Parental – 9UR (*formação em serviço, formação comunitária*)



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

16 Questionários – Enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica

7 Questionários – Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (Triagem)

Que estratégias na abordagem das situações de risco?

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral

Pais e Crianças

- Formação Parental – 4UR



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto de Urgência

Objectivos:

- Sistematizar as funções do Enfermeiro na Triagem e no Serviço de Urgência Pediátrica, na abordagem das situações de risco na criança/jovem;

- Uniformizar procedimentos de Enfermagem na identificação, intervenção, referenciação interna e registos das situações de risco na criança/jovem, em contexto de Urgência.



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto de Urgência

Equipamento e Material necessários:

- Dossiers de consulta (gabinete de Triagem do Serviço de Urgência Geral e posto de Enfermagem da unidade de Urgência Pediátrica), referentes ao projecto "*Intervir para Prevenir*", contendo:

-Ficha de leitura com Factores de Risco para os Maus Tratos Infantis;

-Ficha de leitura com Factores Protectores para os Maus Tratos Infantis;

-Protocolo de Actuação "*Abordagem das situações de risco na criança/jovem, em contexto de Urgência;*

- Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem na Promoção da ParentalidadePositiva (unidade de Urgência Pediátrica);

- Computador com sistema informático *Alert;*

- Telefone;

- Dossier de Referenciação Interna, para arquivo de fichas do *Resumo da Urgência* referentes às situações de risco identificadas.



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto de Urgência

Funções do Enfermeiro na Triagem Pediátrica:

- Realizar a triagem pediátrica, de acordo com o sistema Manchester.
- Proceder a uma observação geral da relação estabelecida entre criança/jovem e pais/prestadores de cuidados, com avaliação de:
  - -Características da criança/jovem que podem potenciar contextos de risco;
  - -Expectativas/percepções dos pais/prestadores de cuidados sobre a criança/jovem;
  - - Características do sistema familiar;
  - -Características da dinâmica familiar/relacional e do contexto social.



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto de Urgência

Funções do Enfermeiro na Triagem Pediátrica:

- Identificar factores de risco/protectores para os Maus Tratos, na situação em questão;
- Proceder a uma análise sobre os factores de risco e protectores, com base na consulta das fichas de leitura existentes no Dossier de consulta;
- Se se tratar de uma situação potencial de risco (onde os factores de risco prevalecem sobre os protectores), registar no sistema informático *Alert* os factores de risco identificados, no mesmo espaço destinado ao registo da **Queixa**;
- Realizar o contacto telefónico para o Enfermeiro do serviço de Urgência Pediátrica, alertando-o para uma leitura do registo efectuado sobre a situação e/ou comunicando a análise efectuada.



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto de Urgência

Funções do Enfermeiro na Urgência Pediátrica (Serviço de Pediatria):

- Estar atento ao sistema informático *Alert*, no que se refere a situações em espera;
- Fazer a leitura no *Alert*, do registo da queixa e análise inicial efectuada pelos Enfermeiros da Triagem;
- Contactar, sempre que possível, com todas as crianças/jovens e respectivos pais/prestadores de cuidados que recorram ao serviço de Urgência Pediátrica;
- Contactar com todas as situações potenciais de risco, identificadas, registadas (*Alert*) e encaminhadas (via telefone) pelos Enfermeiros da Triagem;



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto de Urgência

Funções do Enfermeiro na Urgência Pediátrica (Serviço de Pediatria):

- Proceder, em todas as situações, a uma observação geral da relação estabelecida entre criança/jovem e pais/prestadores de cuidados, com avaliação de:
  - Características da criança/jovem que podem potenciar contextos de risco;
  - Expectativas/percepções dos pais/prestadores de cuidados sobre a criança/jovem;
  - Características do sistema familiar;
  - Características da dinâmica familiar/relacional e do contexto social.
- Identificar e analisar factores de risco e factores protectores para os Maus Tratos, na situação em questão;



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto de Urgência

Funções do Enfermeiro na Urgência Pediátrica (Serviço de Pediatria):

- Sempre que haja suspeita de uma situação de risco (onde os factores de risco prevalecem sobre os factores protectores):

• Solicitar o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, fazendo a leitura e análise correspondente, no que se refere a aspectos relacionados com a vigilância de saúde adequada à idade da criança, antecedentes relevantes, problemas anteriores identificados, centro de saúde de referência e médico de família;



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto de Urgência

Funções do Enfermeiro na Urgência Pediátrica (Serviço de Pediatria):

• Em local privado (sala de aerossóis ou S.O.), realizar uma entrevista informal com a criança/jovem, de acordo com a sua idade e estádio de desenvolvimento, com ênfase nas seguintes questões:

- Como são as coisas em casa?

- O que é que acontece em tua casa quando as pessoas não concordam umas com as outras?

- O que é que acontece em tua casa quando as coisas correm mal?

- O que é que acontece quando os teus pais se zangam contigo?

- Quem faz as regras e o que é que acontece quando quebras as regras?



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto de Urgência

Funções do Enfermeiro na Urgência Pediátrica (Serviço de Pediatria):

• Nas mesmas condições, realizar uma entrevista informal com os pais/prestadores de cuidados, com ênfase nas questões:

- *Costuma recear pela segurança do seu filho?*
- *Quem toma conta do seu filho quando não está em casa?*
- *O que faz quando o seu filho não está em casa?*
- *Que métodos de disciplina utiliza com o seu filho?*
- *O que faz quando o seu filho se porta mal?*
- *Já magoou o seu filho?*
- *Sabe onde procurar ajuda?*

• Articular com o médico, na análise aprofundada de factores de risco e protectores.



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto de Urgência

Funções do Enfermeiro na Urgência Pediátrica (Serviço de Pediatria):

- Registar no *Alert a* informação da análise efectuada – avaliação, diagnóstico e intervenções realizadas, no espaço destinado à *Enfermagem*;
- As folhas de *Resumo da Urgência* deverão ser impressas e colocadas no *Dossier de Referenciação Interna* destinado ao arquivo das mesmas (ordem alfabética/registo dados na folha de controle);
- Nas situações em que a criança necessita de internamento, deverá ser colocada uma cópia do respectivo *Resumo da Urgência* no processo da criança;
- O encaminhamento posterior das folhas de *Resumo da Urgência* deverá ser efectuado pela Enfª. de ligação ao NHACJR, em tempo útil, para uma posterior avaliação familiar e social das situações.



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

***Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto** de Urgência*

Orientações Gerais:

- Assegurar um tratamento digno a todos os elementos, mesmo nos casos mais complexos;
- Salvaguardar a privacidade e confidencialidade;
- Evitar emitir juízos valorativos, culpabilizar ou envergonhar;
- Proceder a uma escuta activa, dar suporte, valorizar as capacidades e competências;
- Intervir com a família (não para elas) e responsabilizar;
- Promoção da Parentalidade Positiva como estratégia de Prevenção dos Maus Tratos Infantis.



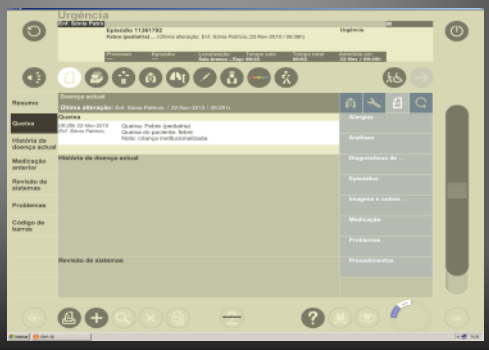
A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

***Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto** de Urgência*

Registos:

Queixa – (nota sumária)





A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

***Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto** de Urgência*

Registos:

Queixa – (nota sumária)





A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

***Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto** de Urgência*

Registos:

Enfermagem





A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

***Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto** de Urgência*

Registos:

Enfermagem





A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

***Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto** de Urgência*

Registos:

Processo de Enfermagem - Avaliações de Enfermagem – Aspectos Gerais - + (adicionar ou editar registos)





A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

***Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto** de Urgência*

Registos:

Avaliações de Enfermagem – Aspectos Gerais





A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

***Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto** de Urgência*

Registos:

Avaliações de Enfermagem – Aspectos Gerais

1. Prestador de cuidados – *quem acompanha a criança ao Serviço de Urgência;*
2. Parentalidade – *idades; antecedentes relevantes (problemas pessoais/familiares/sociais identificados e estratégias de coping (adaptação/resolução de problemas); recursos de suporte familiar (ex: quem toma conta da criança quando os pais estão ausentes; outro tipo de apoios), métodos de disciplina para com a criança;*
3. Contacto telefone – *de ambos os pais/do prestador de cuidados;*
4. Profissão – *dos pais;*
5. Ocupação tempos livres – *locais e actividades que a criança/jovem frequenta durante o dia;*
6. Centro de Saúde de referência – *nome; registar aspectos inerentes à vigilância de saúde.*



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

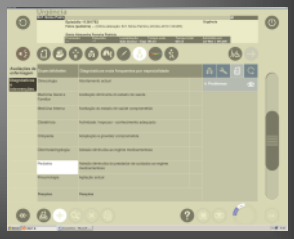
MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

***Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto** de Urgência*

Registos:

Diagnósticos e Intervenções – Diagnóstico - Pediatria





Risco de Parentalidade Efectiva Comprometida (CIPE 2.0 - 2010)



A NOSSA INTERVENÇAO – SERVIÇO DE URGÊNCIA

MANUAL OPERATIVO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

***Abordagem das situações de risco na criança/jovem em contexto** de Urgência*

Registos:

Diagnósticos e Intervenções – Intervenção - Pediatria





Diário Enfermagem – informação relevante/intervenções sugeridas



PROMOÇÃO DA *PARENTALIDADE POSITIVA* COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS

O CONCEITO

*"comportamento parental baseado no **Superior Interesse da Criança**; fundado no respeito pelos seus direitos, que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas, através da protecção dos riscos e da criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia".*

(Council of Europe, 2008, p. 32)



PROMOÇÃO DA *PARENTALIDADE POSITIVA* COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS

O CONCEITO

- ***Prevenção de Maus Tratos Infantis*** (Alvarenga, 2008; Santos, 2009, citado por Lopes et al, 2010);

- ***Promoção do Desenvolvimento Harmonioso da Criança*** (Council of Europe, 2008);

- ***Importância da Auto-estima e auto-confiança da Criança*** (Council of Europe, 2008);

- ***Primeiros 3 anos de vida são fulcrais no Desenvolvimento da Criança*** (American Academy of Pediatrics, 2009, citado por Lopes, 2010).



PROMOÇÃO DA *PARENTALIDADE POSITIVA* COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS

OS PRINCIPIOS

- Reconhecer as crianças e os pais como titulares de direitos e sujeitos a obrigações, com um potencial natural e pluralista;

- Reconhecer os pais como principal núcleo cuidador e educador das crianças;

- Considerar os pais como parceiros na optimização do potencial de desenvolvimento da Criança;

- Incidir especial atenção nas situações de vulnerabilidade e risco.

(Council of Europe, 2008)



PROMOÇÃO DA *PARENTALIDADE POSITIVA* COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS

AS RECOMENDAÇÕES

- **Compromisso**
- **Disciplina Positiva**
- **Sentido de Inclusão na Família**
- **Confiança Mútua**
- **Ambiente Emocional**
- **Ambiente Físico**
- **Exemplos Positivos**
- **Orientação e Instrução**

(Council of Europe, 2008)



PROMOÇÃO DA *PARENTALIDADE POSITIVA* COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Parceria

(Casey,1995)

Empowerment

(Coucil of Europe, 2008)

FOCO (CIPE versão 2.0)
PARENTALIDADE EFECTIVA (*positive parenting*)



PROMOÇÃO DA *PARENTALIDADE POSITIVA* COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Evidência Científica em Parentalidade Positiva – *Algumas Conclusões*

Principais dificuldades dos pais, relacionam-se com:

- Os cuidados à criança doente;
- Adaptação dos pais (masculino) ao papel parental;
- Falta de experiência para cuidar;
- Responder ao choro da criança;
- Nos 1°s. seis meses existem maiores dificuldades;
- Pais e mães de filho único sentem maior dificuldade de resposta às necessidades da criança;
- Pais e mães que têm outros filhos sentem maior dificuldade a nível de suporte.

(Lopes et al, 2010)



PROMOÇÃO DA *PARENTALIDADE POSITIVA* COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Evidência Científica em Parentalidade Positiva – *Algumas Conclusões*

- As crenças de alguns pais (sobretudo residentes em aldeia) em relação ao seu papel parental centram-se no estabelecimento de limites pela negativa;

- A principal estratégia de *coping* usada pelos pais (sobretudo com filhos únicos e residentes em vila/aldeia) em situações de stress parental é a procura de profissionais de saúde.

(Lopes et al, 2010)



PROMOÇÃO DA *PARENTALIDADE POSITIVA* COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Evidência Científica em Parentalidade Positiva – *Algumas Respostas*

- Apoiar os pais enquanto interagem com a criança;
- Integrar os pais e não somente as mães;
- Pais pela primeira vez – intervenções relacionadas com o desempenho de papel;
- Pais com outros filhos – intervenções relacionadas com o suporte;
- Capacitar os pais para optimizarem as potencialidades da criança, reforçando positivamente as suas acções;
- Estar atento ao método de disciplina nas crianças residentes em aldeia.

(Lopes et al, 2010)



PROMOÇÃO DA *PARENTALIDADE POSITIVA* COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Orientação de Boas Práticas

ATENDER

- Incentivar os pais à prestação de cuidados à criança/adolescente
- Incentivar comportamento interactivo pais - criança/adolescente
- Promover ligação mãe/pai - filho
- Incentivar os pais à estimulação da autonomia da criança/adolescente
- Incentivar os pais ao envolvimento da criança/adolescente na tomada de decisão
- Incentivar a confiança pais - criança/adolescente
- Encorajar afirmações positivas dos pais à criança
- Elogiar competências da criança/adolescente aos pais
- Incentivar os pais a elogiar a criança/adolescente
- Encorajar a comunicação expressiva de emoções dos pais

(ICN, 2010)



PROMOÇÃO DA *PARENTALIDADE POSITIVA* COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Orientação de Boas Práticas

ATENDER

- Encorajar o auto-controlo dos pais
- Incentivar o bem - estar físico, psicológico, social e espiritual dos pais
- Facilitar a comunicação de necessidades dos pais no desempenho do papel parental efectivo
- Escutar os pais
- Facilitar a aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel parental efectivo
- Promover a paternidade
- Elogiar os pais no comportamento de procura de saúde
- Encorajar o envolvimento da família
- Encorajar comportamentos de procura de saúde na comunidade

(ICN, 2010)



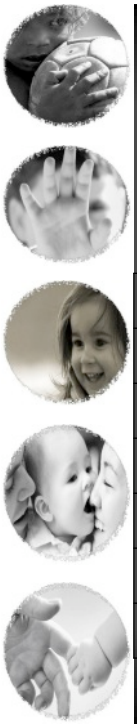
PROMOÇÃO DA *PARENTALIDADE POSITIVA* COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Orientação de Boas Práticas

DETERMINAR

- **Observar comportamento interactivo pais – criança/adolescente**
- **Identificar características do comportamento interactivo pais – criança/adolescente**
- **Identificar necessidades dos pais no desempenho do papel parental efectivo**
- **Identificar recursos dos pais no desempenho do papel parental efectivo**
- **Validar conhecimento dos pais sobre o papel parental efectivo**
- **Identificar características da criança/adolescente**
- **Identificar expectativas nos pais sobre características da criança/adolescente**
- **Procurar características do processo familiar**
- **Procurar características do processo social**
- **Procurar medidas de segurança dos pais no desempenho do papel parental efectivo**
- **Procurar medidas de segurança do ambiente para a criança**

(ICN, 2010)



PROMOÇÃO DA *PARENTALIDADE POSITIVA* COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Orientação de Boas Práticas

GERIR

- **Permitir presença do pai e da mãe**
- **Gerir privacidade dos pais/criança/adolescente**
- **Gerir informação proveniente dos pais/criança/adolescente**
- **Descrever informação proveniente dos pais/criança/adolescente**
- **Solicitar colaboração médica**
- **Solicitar avaliação de processo familiar**
- **Solicitar avaliação de processo social**

(ICN, 2010)



PROMOÇÃO DA *PARENTALIDADE POSITIVA* COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Orientação de Boas Práticas

INFORMAR

- Informar os pais sobre situação clínica da criança/adolescente
- Explicar aos pais os procedimentos à criança/adolescente
- Ensinar os pais sobre processo de desenvolvimento infantil
- Ensinar os pais sobre necessidades emocionais da criança/adolescente
- Ensinar os pais sobre medidas de segurança à criança
- Ensinar os pais sobre supervisão da criança/adolescente
- Ensinar os pais sobre o estabelecer de limites para a criança/adolescente

(ICN, 2010)



PROMOÇÃO DA *PARENTALIDADE POSITIVA* COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS

Orientação de Boas Práticas

INFORMAR

- Ensinar os pais sobre auto-controlo: medo e ansiedade
- Ensinar os pais sobre papel parental efectivo
- Ensinar os pais sobre estratégias de adaptação ao papel parental efectivo
- Ensinar os pais sobre prestação de serviços na comunidade
- Orientar os pais para serviços de saúde na comunidade

(ICN, 2010)



REFERÊNCIAS

- Alto Comissariado da Saúde - Hospitais Promotores de Saúde (2010). **O Respeito pelos Direitos da Criança no Hospital**, Lisboa;
- **Carta da Criança Hospitalizada** (1988). Disponível em http://www.ia.crianca.pt/pt/carta-da-crianca-hospitalizada, [consultado em 10-11-2010];
- Casey, Anne (1995). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care In: Glasper, E. A.; Tucher, A. – **Advanced in Child Health Nursing**. London. Scutari.193 p.;
- Centro Hospitalar de Torres Vedras (2005). **Guia de Acolhimento Do Serviço De Pediatria**;
- Centro Hospitalar de Torres Vedras (2010). **Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco** - Dados estatísticos 2004-2009;
- Centro Hospitalar de Torres Vedras - **Sistema Informático *Alert*** – Perfil Urgência. [acedido em Outubro/Novembro 2010];
- **Código Deontológico do Enfermeiro (1998)**. Disponível em http://www.ordemdosenfermeiros.pt. [acedido em 5 – 11- 2010];
- Council of Europe (2008). **Parenting in contemporary Europe: a positive approach**. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing. ISBN 978-92-871-6135-2.;
- **Convenção dos Direitos da Criança**. (1990). Disponível em www.apfn.com.pt/declaracao_dos_direitos_da_crianca.htm.[Consultado 10-11-2010];
- Direcção Geral de Saúde (2007). **Documento Técnico de Intervenção em Saúde** – Maus Tratos em Crianças e Jovens. p. 12, 21, 44, 45, 58;
- Internacional Council of Nurses (2010). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0.**. (disponível em enfhttp://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx), [acedido em Outubro 2010];
- Lei nº. 147/99 de 1 de Setembro. **Diário da República I Série**. Nº. 204, p. 6115-6132.;
- Lopes, et al (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. **Referência**. Coimbra. III Série, nº.1, Julho 2010. p.109-118;
- Ordem dos Enfermeiros (2007). **Protecção das Crianças: Enunciado de Posição**. Lisboa.



VíDEO

4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

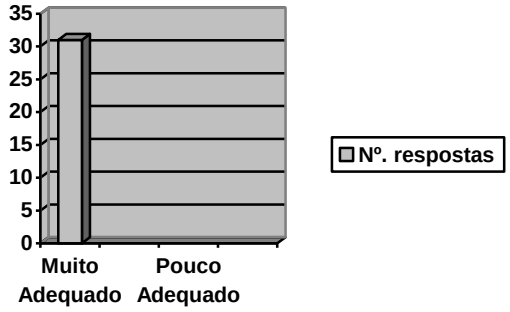
Total de Presenças: 31

Total de Presenças por Categorias Profissionais/Serviço:

19 Enfermeiros do Serviço de Pediatria (incluindo Enfª. de ligação ao NHACJR)
2 Enfermeiros / Consulta Externa de Pediatria
Psicóloga/ Serviço de Psicologia (membro do NHACJR)
2 Assistentes Sociais / Serviço Social (membros do G.T.V.M.T. e NHACJR)
Médica/Serviço de Pediatria (Directora do serviço de Pediatria e membro do NHACJR)
Médica/Serviço de Cirurgia Geral
Enfermeiro Chefe do Serviço de Pediatria
Enfermeira Responsável do Serviço de Urgência Geral
2 Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral
Enfermeiro Director do CHTV

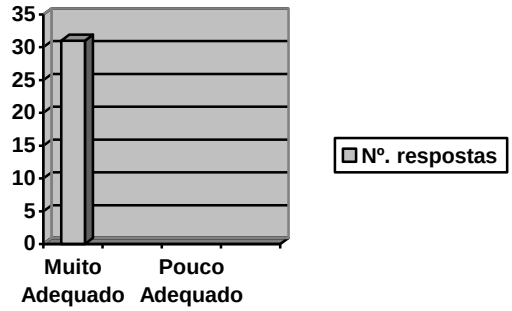
1. Tabela I - *Distribuição das respostas por tema*

Tema	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. respostas	31				31



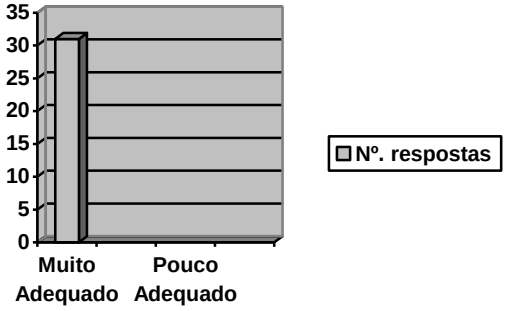
2. Tabela II – *Distribuição das respostas por apresentação*

Apresentação	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. respostas	31				31



3. Tabela III – ***Distribuição das respostas por expectativas***

Expectativas	Muito Adequado	Adequado	Pouco Adequado	Nada Adequado	Total
Nº. respostas	31				31



4. Esta acção de formação irá alterar comportamentos/técnicas? Justifique.

"aumento de conhecimentos"

"consolidação de conhecimentos"

"melhorar articulação"

"maior sensibilização"

"mais despertos para ajudar criança/família"

"para agilizar procedimentos"

"introdução de registos apropriados"

"melhora desempenho"

"resolução célere de problemas"

5. Comentários/Sugestões

"estudos de caso discutidos em equipa multidisciplinar"

"repetição da formação num espaço fisico maior"

"repetir a formação no serviço de Urgência Geral"

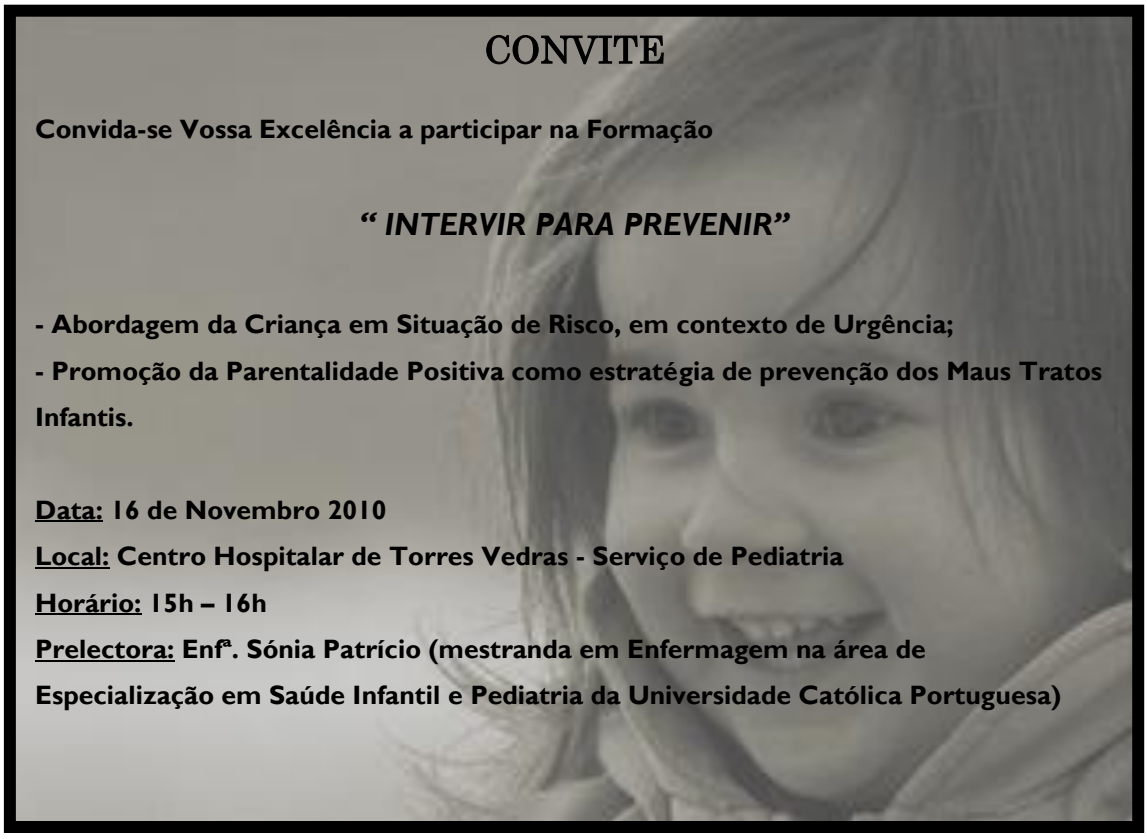
"repetição da formação"

"Parabéns"

"partilho inteiramente da Parentalidade Positiva"

ANEXOS

Anexo 1 – Convite para a Sessão de Formação



CONVITE

Convida-se Vossa Excelência a participar na Formação

" INTERVIR PARA PREVENIR"

- Abordagem da Criança em Situação de Risco, em contexto de Urgência;
- Promoção da Parentalidade Positiva como estratégia de prevenção dos Maus Tratos Infantis.

<u>Data:</u> 16 de Novembro 2010
<u>Local:</u> Centro Hospitalar de Torres Vedras - Serviço de Pediatria
<u>Horário:</u> 15h – 16h
<u>Prelectora:</u> Enfª. Sónia Patrício (mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa)

Anexo 2 – Vídeo apresentado na Sessão de Formação