



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Parentalidade Positiva

**para a Promoção do Desenvolvimento Infantil dos
0 aos 5 anos**

Filipa Manuel dos Santos Aragão

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Parentalidade Positiva

**para a Promoção do Desenvolvimento Infantil dos
0 aos 5 anos**

Filipa Manuel dos Santos Aragão

Maria Teresa de Oliveira Marçal Gonçalves Novo

2014

PENSAMENTO

“Não nascemos pais, tornamo-nos pais... A parentalidade se fabrica com ingredientes complexos.”

Moro (2005, p.258)

DEDICATÓRIA

À prof. Teresa, que foi incansável neste meu *último* percurso acadêmico, a especialidade em ESIP.

À minha família, que sempre me apoiou.

Ao João, que mesmo à distância esteve sempre comigo.

E a ti Framboesa, que estás na barriguinha da mamã!

Muito Obrigada a todos do fundo do meu coração!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCF	Cuidados Centrados na Família
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNPCJR	Comissão Nacional de Crianças e Jovens em Risco
CPP	Curso de Preparação para a Parentalidade
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral da Saúde
DGCSP	Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários
EEESCJ	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
ICN	Internacional Council of Nurses
MS	Ministério da Saúde
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association International
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
RN	Recém-nascido

RPQCEESCJ	Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCEN	Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
UCIPED	Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos
UF	Unidade Funcional
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VD	Visitação Domiciliária
WHO	World Health Organization

RESUMO

A evolução das políticas sociais e de saúde e dos cuidados de saúde prestados tem maximizado os ganhos em saúde infantil. Contudo, tendo em conta a vulnerabilidade infantil e familiar e face às constantes mudanças *ambientais*, entendidas na perspetiva de Betty Neuman, a sua instabilidade é potencial e pode comprometer o exercício positivo do papel parental e, conseqüentemente, o desenvolvimento infantil harmonioso.

Reconhecendo este contexto de desenvolvimento do sistema familiar, os cuidados de enfermagem especializados na saúde da criança e do jovem privilegiaram a implementação de processos de cuidados centrados e em parceria com a família, considerada como recurso da estabilidade do subsistema filial. A promoção de uma parentalidade positiva constituiu, assim, um desafio para o enfermeiro especialista e o reconhecimento e satisfação das suas necessidades, no âmbito dos projetos familiares e de saúde, foi uma prioridade.

Face às necessidades oriundas de acontecimentos normativos, como o nascimento, e de situações não normativas, como a prematuridade, a doença e a hospitalização, a intervenção do enfermeiro ocorreu em diversos contextos hospitalares e na comunidade. A implementação de estratégias promotoras de uma parentalidade positiva, numa dinâmica de procura das famílias no seu ambiente familiar - *go-structure*, ou da sua receção institucional - *come-structure*, foram fundamentais na resposta às necessidades mais presentes durante o estágio: o acolhimento e o envolvimento parental na prestação de cuidados, bem como a sua capacitação para a promoção do desenvolvimento infantil.

No âmbito dos cuidados de saúde primários, numa perspetiva de futuro, apresenta-se a proposta de um projeto de intervenção primária, organizado em dois domínios, relativos aos profissionais de saúde e aos utentes de uma unidade de saúde familiar, entendido como um recurso promotor de competências parentais e um contributo para cuidados de saúde integrados e coerentes.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista, Parentalidade Positiva, Desenvolvimento Infantil, Betty Neuman, Cuidados Centrados na Família.

ABSTRACT

Social and health politics are evolving and this evolution translates into general child care improvements. This positive evolution cannot however be taken for granted, since global *environmental* changes, in Betty Neuman's perspective, as well as the child and family vulnerability can result in instability which can compromise the positive parental role, interfering with the child's harmonious development.

Recognizing this family system development context, child specialized nursing care have privileged the implementation of family-centered care and partnership processes, considering family as a resource. Promoting a positive parental role has proved to be a challenge for the specialist nurse, and recognizing and satisfying the needs associated with family and health projects was a priority.

Given the requirements of normative events such as child birth, as well as non-normative events like prematurity, disease and hospitalization, the nurse's intervention has occurred in several hospital and community contexts. The implementation of positive parental strategies seeking families in their context – *go-structure*, or contacting families in an institutional environment – *come-structure*, has proven fundamental in answering the most common needs during the practical education period: parent's reception and involvement in the promotion of the child's development, as well as the improvement of their knowledge in child health promotion.

In the scope of primary health care, as a future prospective, a primary intervention project proposal is presented, organized in two domains, one that relates with the health care professionals and other that relates with the family health unit users. This project is understood as a parental competence transmission vehicle and a contribution for coherent and integrated health care.

Key-Words: Specialist Nurse, Positive Parenting, Child Development, Betty Neuman, Family-Centered Care

ÍNDICE

	P.
INTRODUÇÃO	15
1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS PROMOTORES DE UMA PARENTALIDADE POSITIVA NO <i>CONTINUUM</i> BEM-ESTAR/MAL-ESTAR FAMILIAR	21
1.1. O Enfermeiro Especialista como fator interpessoal promotor da estabilidade do sistema familiar durante a hospitalização	24
1.1.1. Acolhimento da criança e dos pais	26
1.1.2. O envolvimento parental na prestação de cuidados à criança doente e hospitalizada	28
1.1.3. A capacitação parental para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil	31
1.1.4. Organizações promotoras de uma parentalidade positiva – o contributo do enfermeiro	39
1.2. A promoção do crescimento e desenvolvimento infantil para a estabilidade dos subsistemas filial e parental em contexto comunitário – intervenção do Enfermeiro Especialista	41
1.2.1. A visita domiciliária como uma estratégia de intervenção de enfermagem de apoio à parentalidade	42
1.2.2. Outras estratégias de intervenção de enfermagem de apoio à parentalidade	47

1.2.3. Os maus-tratos infantis como stressor interpessoal do desenvolvimento infantil harmonioso 49

2. UM PROJETO EM ENFERMAGEM NUMA LÓGICA DE INTERVENÇÃO PRIMÁRIA PARA A ESTABILIDADE DO SISTEMA FAMILIAR 53

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS 57

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Apêndice 1. Parentalidade Positiva para a Promoção do Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 anos. Um Projeto de Intervenção Primária em Enfermagem

INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade associada à idade pediátrica e o reconhecimento da imprescindibilidade do papel parental na promoção das capacidades e desenvolvimento infantil apontam para a dependência entre os ganhos em saúde infantil e a ação concertada da melhoria das condições socioeconómicas familiares, das reformas políticas e das intervenções específicas na saúde ao nível familiar, pelo que a capacitação dos pais na assunção desse papel é fundamental.

Estudar as questões relacionadas com a família e o papel parental que lhe está inerente implica necessariamente uma retrospectiva histórica nacional, ainda que breve, sobre a atenção em saúde à família, mulher e criança ao longo do tempo. A preocupação pela proteção da mulher grávida, segundo Silva (2006), tem início em 1775, contudo pouco institucionalizada até 1927, uma vez que se acreditava que o domicílio era o lugar mais apropriado ao nascimento dos filhos, característica da respetiva época. As instituições de assistência materno-infantil, de cariz preventivo, necessárias a um desenvolvimento saudável da díade mãe-criança, eram praticamente inexistentes. À data, inicia-se a criação de algumas maternidades e outras instituições de apoio materno-infantil. O mesmo autor refere-nos a criação do organismo nacional de Defesa da Família em 1935, que privilegia a existência de consultas destinadas a proporcionar às mães ensinamentos, cuidados higiénicos e socorros de urgência durante a gravidez, parto e lactação. Este organismo, em 1936, colabora com a Obra das Mães pela Educação Nacional, destinada a orientar as mães para cuidados de higiene e puericultura adequados ao desenvolvimento infantil.

Apesar de todas estas iniciativas, a mortalidade infantil estava aquém de uma melhoria significativa, a articulação entre os cuidados básicos de saúde, hoje primários e secundários, era praticamente inexistente, bem como as medidas de prevenção, promoção e educação para a Saúde (Silva, 2006). Numa retrospectiva feita pelo Alto Comissariado da Saúde (2009), a criança, no início do século XX, era ainda considerada um adulto em miniatura e propriedade dos pais, cujos interesses prevaleciam. A seleção natural era aceite, pelo que os cuidados à criança limitavam-se à higiene e alimentação; o pai decidia se a criança recebia educação, se iniciava

trabalho precoce em fábricas ou se merecia receber cuidados de saúde quando necessários.

Na segunda metade do século XX verifica-se uma importante evolução nos cuidados à criança, quer parentais, quer de saúde. Apesar da existência do abono de família desde 1942, criado por forma a minorar as dificuldades das famílias numerosas, as famílias vão gradualmente diminuindo, por opção, o número de filhos desejados e aumentam o seu investimento pessoal, familiar, financeiro, mas principalmente afetivo (Bandeira, 2012).

O distanciamento entre o homem e os restantes elementos do núcleo familiar, comprometedor do vínculo entre pai e filhos, bem como a sua conduta rígida, autoritária e repressiva, atenua-se dado as mudanças sociais, culturais e familiares, ocorridas maioritariamente após a II Guerra Mundial (Benczik, 2011).

sendo o acto de procriar cada vez mais motivado apenas pelo amor maternal e paternal, resulta que na relação custos-benefícios da procriação, para muitas mulheres e muitos homens a decisão de ter um filho é cada vez mais contrariada pelos excessivos custos e dificuldades inerentes à responsabilidade de ser pai e de ser mãe (Bandeira, 2012, p. 156).

O termo parentalidade é criado pelo psicanalista Thomas Benedekt, nos anos de 1950, nos Estados Unidos; *parenthood* descreve o processo de desenvolvimento psicoafetivo comum aos dois progenitores, a partir da concepção de uma criança (Vidigal & Tafuri, 2010), acrescento, mental ou fisiológica. Para Clement, parentalidade, na sua essência, exige um processo complexo com níveis inconscientes e conscientes de funcionamento mental que permitam a um progenitor *tornar-se pai*; segundo Lebovici inicia-se com a aceitação de que herdamos algo dos nossos pais, num compromisso de transmissão intergeracional (*idem*, 2010; Houzel, 2004).

Em enfermagem, a preocupação em incluir o (*risco de*) *paternidade ou maternidade prejudicada* como um diagnóstico de enfermagem, relativo aos *Papéis do Cuidador*, e *Papéis e Relacionamentos*, iniciou-se com a North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), em 1978 (revisto em 1998) (Carpenito, 2009). Aquele risco é definido pela “incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou reaver um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança” e pode estar relacionado com o conhecimento deficiente sobre o desenvolvimento da criança ou sobre as habilidades necessárias aos pais, nascimento prematuro, falta de valorização da maternidade e paternidade, falta de redes sociais de apoio, doença física ou separação do bebé ou criança (NANDA-I,

2008, p.220). Em 2002, surge um novo diagnóstico de enfermagem designado de *disposição para a maternidade e paternidade melhorada*, definido por “um padrão de provimento de ambiente para os filhos ou outros(s) dependente(s) que é suficiente para apoiar o crescimento e o desenvolvimento e que pode ser reforçado” (*idem*, p.219).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), pelo menos em 1999, inclui-a como foco de atenção em enfermagem na sua taxonomia e define Paternidade como

um tipo de processo familiar com as seguintes características específicas: assumir as responsabilidades de ser pai(s); comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, interiorizando as expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2001, p.70).

Em 2006, na versão CIPE 1.0, Paternidade é substituída pelo termo Parentalidade e passa a ser uma “Acção de Tomar Conta”, mantendo, contudo, a mesma definição, até à versão CIPE 2 (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2011b).

Ao nível das políticas de saúde portuguesas, nomeadamente desde 1989, ano em que surge o documento Crescimento e Maturação dos 0-18 anos, têm sido reunidos esforços políticos promotores de cuidados de saúde favoráveis ao desenvolvimento infantil e, em 1992, surge o primeiro Programa-Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil, publicado pela Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP). Em 2013, a Direção-Geral da Saúde (DGS) transforma o documento num Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), que vem facilitar, na minha perspetiva, a equidade em saúde, bem como promover cuidados de saúde cada vez mais complexos e adaptados às necessidades das crianças e da sua família, bem como dos profissionais de saúde.

Relativamente à influência da família, esta surge-nos logo em 1989 como um fator social e emocional com potencial de modificação do crescimento e desenvolvimento infantil, reconhecendo-se a qualidade da interação entre criança e pais, bem como a satisfação das suas necessidades como determinantes desse desenvolvimento (DGCSP, 1989). O Programa-Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil de 2002 destaca como fundamental o apoio e o estímulo da função parental bem como a promoção do bem-estar familiar (DGS, 2002) e em 2005 a sua 2ª edição destaca a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde

e de prevenção da doença (DGS, 2005). Finalmente, em 2013, a DGS acrescenta a importância dos profissionais de saúde facultarem aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários ao seu melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde (DGS, 2013), o que vai ao encontro do preconizado pela Convenção sobre os Direitos da Criança.

Nela, aos Estados Partes compete proporcionar o melhor estado de saúde possível e o usufruto de serviços médicos e de reeducação e devem tomar medidas adequadas para que os pais e as crianças sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados nas questões relacionadas com a saúde, uma vez que estes reconhecem à criança o direito a um nível de vida suficiente, que facilite o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social (UNICEF, 1990). Também a Estratégia Europeia para a Saúde e Desenvolvimento da Criança e Adolescente reforça intervenções equitativas ao longo do ciclo de vida das crianças e que privilegiem a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil em contexto familiar, social e ambiente físico saudáveis (World Health Organization, WHO, 2005).

Compreende-se, assim, que o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 mantenha como prioritárias as estratégias centradas na família e no ciclo de vida, destaque a família e cuidadores informais como contexto microsistémico promotor de saúde, com um impacto potencial na saúde do cidadão, e reconheça a sua sinergia na criação de oportunidades de promoção de saúde com os serviços de saúde (Ministério da Saúde, MS, 2012).

Como “a saúde não se acumula mas resulta de um histórico de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adoção de comportamentos saudáveis e vivências em contextos saudáveis” (MS, 2012, p.2), cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, de forma a promover, antecipadamente, o crescimento e o desenvolvimento da criança e do jovem, na maximização do seu potencial (OE, 2010b) e estimular os pais para a adoção de comportamentos promotores de saúde, apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar (DGS, 2013).

Atualmente, a questão principal da promoção da saúde coloca-se na forma como cada indivíduo e família desenvolvem as suas potencialidades salutogénicas e respondem positivamente às exigências de um ambiente em constante mutação.

Reconhecendo que a atual crise financeira e económica, iniciada em 2008/2009, é cada vez mais intrínseca às famílias portuguesas e pode comprometer a estabilidade da criança e da família no *continuum* bem-estar/mal-estar destes clientes, torna-se importante reavaliar as prioridades dos cuidados de enfermagem. Estes deverão ser dirigidos, não só à criança, como também aos projetos de vida familiares, como vimos atrás, implicados no desenvolvimento infantil, de forma a, de acordo com a perspetiva de Betty Neuman, diminuir a possibilidade de reação do sistema cliente aos vários stressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais a que está sujeito.

Uma vez que a melhoria das condições de vida e de saúde não é automática nem está garantida pelo passar do tempo, assim como o progresso e o desenvolvimento não trazem necessariamente o bem-estar e a longevidade, os enfermeiros terão de ter uma intervenção de proximidade e continuidade no processo de prestação de cuidados de saúde equitativos centrados nas crianças e nas suas famílias. Estes profissionais devem ainda adotar, como medidas com efeito a curto prazo, a proteção das crianças e das suas famílias conferindo-lhes um acesso facilitado aos cuidados de saúde, ações de proteção e promoção da saúde específicas e, como medidas com efeitos a médio/longo prazo, a proteção e promoção de saúde infantil e familiar e a capacitação parental para as escolhas implicadas no seu ciclo de vida familiar (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, OPSS, 2011, 2012), por forma a potencializar o papel parental promotor do desenvolvimento infantil saudável e harmonioso e conseqüente processo de negentropia do sistema familiar.

Considerando a família como *cluster* determinante de um desenvolvimento infantil saudável, e tendo em conta a problemática de partida formulada no projeto de estágio, *A parentalidade e a promoção do desenvolvimento infantil harmonioso, nomeadamente nos primeiros 5 anos de vida da criança, em situação de saúde e de doença*, pretende-se com o presente relatório de estágio:

- Dar visibilidade às experiências de cuidados de enfermagem promotores de uma parentalidade positiva no *continuum* bem-estar/doença da criança, considerando a sua resposta às necessidades de saúde do sistema familiar;
- Analisar os processos de tomada de decisão facilitadores da estabilidade dos subsistemas parental e filial;
- Refletir acerca do percurso de construção de um projeto de intervenção primária promotor de competências parentais;

- Consciencializar o impacto do estágio na minha formação enquanto pessoa e enfermeira, num processo contínuo de aquisição de competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria.

Desde modo, de forma a dar resposta aos objetivos acima identificados, através de uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva, o presente relatório vai ser estruturado em três capítulos. O 1º capítulo, partindo de uma breve clarificação dos conceitos de Família e de Cuidados Centrados na Família (CCF), perspetivando cuidados de enfermagem em parceria com os pais e, conseqüentemente, uma parentalidade positiva, aborda as experiências de cuidados de enfermagem promotores de competências parentais facilitadoras do desenvolvimento infantil harmonioso e os principais processos de tomada de decisão presentes ao longo dos vários contextos clínicos, em resposta às suas necessidades; o 2º capítulo clarifica as etapas percorridas na construção de um projeto de intervenção em enfermagem promotor de competências parentais em Cuidados de Saúde Primários (CSP), enfatizando a filosofia de cuidados adotada pela equipa de enfermagem e as estratégias promotoras de parentalidade positiva a implementar; o 3º capítulo coincide com as considerações finais e pretende sintetizar as competências desenvolvidas e adquiridas, como também perspetivas para um cuidar futuro em enfermagem enquanto enfermeiro especialista, no âmbito dos CSP.

1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS PROMOTORES DE UMA PARENTALIDADE POSITIVA NO CONTINUUM BEM-ESTAR/MAL-ESTAR FAMILIAR

Encarando a família como um sistema aberto, em estreita relação com o ambiente, caracterizada pela dependência recíproca existente entre as partes e o todo, reconheço que as relações interpessoais lhe dão coesão, pelo que a variação de um dos seus elementos pode originar variações em todos os outros elementos e, portanto, uma mudança em todo o sistema familiar e na sua estrutura interacional (Figueiredo, 2009; Jajic, Andrews & Jones, 2011). Nesta perspetiva, claramente que a família está em permanente necessidade de estabilidade, dadas as variações e flutuações no seu equilíbrio, oriundas do ambiente interno e externo, pelo que o risco de crise familiar é uma constante.

Quando os mecanismos de *coping* não são suficientemente eficazes, o risco de desorganização e disfuncionalidade familiares (Relvas, 2003), perante acontecimentos previsíveis ou imprevisíveis, deve constituir um foco de atenção para o profissional de enfermagem. Este deverá promover a adaptação às novas situações, assegurar a mudança e continuidade da família, num contexto co-evolutivo e transformativo e, conseqüentemente, promover a resiliência familiar, favorecedora da estabilidade do sistema e, por conseguinte, dos seus membros (Figueiredo, 2009).

Assumindo a família como um conjunto de indivíduos com a responsabilidade de prestar cuidados à criança, e cuja influência no seu crescimento e desenvolvimento é determinante (OE, 2011a), a intencionalidade terapêutica dos cuidados de enfermagem especializados deve ser igualmente promotora do crescimento e do desenvolvimento infantil. Neste sentido, a transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e juvenil (OE, 2010b, 2011a), numa perspetiva de parentalidade positiva, definida como um comportamento parental único que respeita os interesses da criança e reconhece os seus direitos, que assegura o crescimento, educação, capacitação e orientação infantil, sem violência, e estabelece limites para permitir o seu harmonioso desenvolvimento (Council of Europe, s.d.), é fundamental.

Os CCF surgem como uma nova conceção de cuidar, uma filosofia em enfermagem pediátrica instituída na minha prática em estágio como uma vivência e

não como um ideal, e reconhecem como conceitos principais a parceria de cuidados, o respeito, a verdade, a partilha de informação, colaboração e a capacidade de negociação (Kuo, Frick & Minkovitz, 2011). Os mesmos autores sugerem como benefícios dos CCF a forte aliança entre profissional de saúde e família, a melhoria na tomada conjunta da decisão clínica, o uso mais eficiente dos recursos de saúde e o aumento da satisfação familiar no cuidado ao filho. A crescente exigência de proximidade e acessibilidade do enfermeiro, a utilização de metodologias que fomentem um relacionamento positivo e interativo com os pais, bem como a promoção de consciência parental acerca do seu potencial desempenho promotor do desenvolvimento infantil são imprescindíveis para o sucesso dos CCF.

Sensível à importância do envolvimento parental na prática de cuidados à criança e reconhecendo a família como uma constante na vida da criança, o enfermeiro especialista deverá deter estratégias que lhe permitam desenvolver um processo de parceria com os progenitores, pelo que a “negociação do envolvimento dos pais e a clarificação do papel de cada interveniente no processo são dimensões essenciais para o novo modo de pensar e organizar o trabalho em parceria” (Mendes & Martins, 2012, p.114). A sua capacitação para a assunção plena do papel parental enquadra-se nas funções do EEESCJ, o qual deverá implementar e gerir, “em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade” (OE, 2010b, p.3), ou seja, promover um planeamento conjunto e um cuidado partilhado, valorizando a parentalidade no processo de cuidar.

Com ênfase nos ganhos em saúde decorrentes da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, garantindo a negentropia da unidade familiar, tentei estar sensibilizada, informada e capacitada para o reconhecimento das necessidades da criança e família, bem como das suas potencialidades (identificar forças, recursos, stressores e respostas aos stressores), perspetivando o cuidar em enfermagem com resposta flexível e não prescritiva às necessidades expressas pelos pais, e também às necessidades percebidas pelo enfermeiro.

Através do cuidado prestado à criança e à sua família em contexto de CSP (unidade de saúde ou domiciliário) ou em contexto hospitalar (internamento ou em contexto de urgência) foi possível perceber a satisfação das necessidades de saúde da criança como a preocupação central dos seus pais. Contudo também pude verificar que a própria família tem necessidades e que espera uma atenção especial por parte do enfermeiro por forma a conseguir manter-se próxima do seu filho e da situação que este está a vivenciar. De facto, existe evidência científica de que o

nascimento de um bebê, a hospitalização de um filho ou o recurso inesperado a um serviço de urgência são experiências intensamente stressantes, confusas e difíceis para os pais e restante família. Efetivamente, os pais podem sentir medo na prestação de cuidados ao seu filho ou ter dúvidas acerca das suas competências para o cuidado parental, receio que se pode manter no pós-alta, pelo que será importante reduzir o stress, ou seja, evitar que estímulos intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais produzam tensão, e promover cuidados que melhorem a sua confiança e o seu sentimento de competência e potencializem o seu envolvimento no cuidado ao filho (Brett, Staniszewska, Newburn, Jones & Taylor, 2011).

Fazendo uma retrospectiva do estágio, as necessidades parentais expressadas com maior frequência estiveram relacionadas com:

- O acolhimento dos progenitores e da criança, reconhecido como fator interpessoal e extrapessoal de prevenção primária de entropia familiar ou de reconstituição do sistema familiar (Unidade de Cuidados Especiais Neonatais - UCEN, Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos - UCIPED e Unidade de Cuidados na Comunidade - UCC);
- O envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança doente e hospitalizada, numa de parceria de cuidados, durante o acolhimento, o internamento e a alta, perspetivando o fortalecimento do ambiente do sistema familiar (UCEN, UCIPED e Serviço de Urgência Pediátrica - SUP);
- A capacitação parental para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil como um fator interpessoal de reconstituição do sistema durante a hospitalização, mas também como fator promotor da estabilidade ótima do bebê após a alta hospitalar (UCEN e UCC).

Neste sentido, os enfermeiros têm um papel fundamental na manutenção ou alcance máximo da estabilidade familiar, através de uma avaliação precisa dos efeitos potenciais ou reais dos stressores individuais, familiares e ambientais e consequente ajuda com vista a um nível de bem-estar ideal e à satisfação das necessidades do sistema família (Neuman, 2011), pelo que o presente capítulo vai ser orientado por forma a evidenciar os cuidados de enfermagem implementados em resposta às necessidades parentais, em contexto hospitalar e comunitário.

1.1. O Enfermeiro Especialista como fator interpessoal promotor da estabilidade do sistema familiar durante a hospitalização

A prematuridade ou o surgimento de doença no subsistema filial e a sua consequente hospitalização representam uma crise não normativa que potencia o surgimento de stressores na vida de algumas famílias e levam ao aparecimento de novas necessidades físicas, emocionais e cognitivas. A instabilidade ou mesmo entropia familiar podem surgir dada a falta de preparação familiar para a resposta às necessidades do recém-nascido (RN) prematuro ou da criança doente. Os pais têm então que fortalecer as suas linhas de defesa e, conseqüentemente, o ambiente criado. A situação nova, desconhecida, ameaçadora e, por vezes, com prognóstico incerto, ocorre num ambiente confuso e assustador, totalmente desconhecido. Estão frequentemente a ser observados, avaliados e aconselhados por uma equipa de saúde. Por vezes não existe a privacidade necessária para expressar emoções confusas e contraditórias. Os sentimentos de satisfação, ternura, curiosidade e orgulho parental associados ao efetivo desempenho do papel parental podem ser substituídos pelo medo, ansiedade, raiva e culpabilidade, numa fase inicial.

No caso de famílias prematuras, os novos pais não tiveram tempo de fazer todas as transferências necessárias ao cumprimento pleno do seu papel parental e as suas competências parentais são percebidas como primitivas e insuficientes, tendo em vista as necessidades do seu filho RN. No que diz respeito à doença e a hospitalização, estes surgem como fatores desfavoráveis ao desenvolvimento infantil e constituem as primeiras crises com as quais as crianças se deparam. Ocorre a mudança do seu estado habitual de saúde e das rotinas diárias e a sua reação pode ser dificultada pela inexistência limitada de estratégias de *coping* adequadas ao fortalecimento das linhas de defesa (Brazelton, 2010). Os principais stressores associados a esta experiência são o medo da separação, a perda de controlo e o medo da lesão corporal e a dor. A reação da criança está dependente das suas experiências anteriores, assim como do sistema de suporte parental, e as reações dos pais e as respostas das crianças à hospitalização influenciam-se mutuamente (Hockenberry & Wilson, 2011).

Neste sentido, a presença dos pais durante a hospitalização revela-se um princípio de saúde mental infantil, uma vez que lhe proporciona afetividade e segurança, necessárias à sua adaptação ao contexto hospitalar e à redução do medo da separação. Constitui, assim, a chave para o apoio emocional à criança e a sua

participação ativa alivia sentimentos de culpa, estimula o papel parental e restaura a autoconfiança quanto à capacidade para cuidar do filho (Jorge, 2004). A promoção e o desenvolvimento de atitudes parentais positivas e de maior autonomia revelam-se, deste modo, fundamentais durante toda a hospitalização, de modo a promover a assunção plena das responsabilidades parentais durante a hospitalização e após a alta (Rodrigues & Moreira, 2012; Barros, 2001).

Considerando o conhecimento teórico-científico das vivências parentais durante os acontecimentos não normativos descritos anteriormente e tendo em conta as experiências vividas em contexto hospitalar, detetei algumas necessidades associadas ao desempenho do papel dos pais que, tal como referi, se relacionam com o seu acolhimento, o seu envolvimento na prestação de cuidados à criança hospitalizada e a sua capacitação para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil enquanto fator interpessoal de reconstituição do sistema durante a hospitalização. No que concerne ao seu envolvimento na prestação de cuidados, destaco o reconhecimento da importância quer do *feedback* parental e do enfermeiro perante o estímulo doloroso da criança, encarado como um importante stressor interpessoal (UCEN, SUP, UCIPED), quer do brincar terapêutico entendido como recurso interpessoal da sua reconstituição (SUP, UCIPED). Quanto à capacitação dos pais para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, saliento, no âmbito da UCEN e UCIPED, a implementação de cuidados para o desenvolvimento, perspetivando a resposta às necessidades das variáveis do sistema criança, nomeadamente a de desenvolvimento, e específico, ainda, a promoção de uma vinculação segura, conducente à estabilidade da criança ao nível das variáveis psicológica e socio-cultural, e a promoção de uma amamentação competente, que satisfaça as variáveis fisiológica e psicológica.

Por último, apresentarei uma breve reflexão acerca da importância do contributo organizacional na prática competente de enfermagem e, conseqüentemente, no desenvolvimento efetivo das competências parentais.

1.1.1. Acolhimento da criança e dos pais

O nascimento de um bebê prematuro, a maior parte das vezes não programado, exige uma unidade e uma equipa multidisciplinar específicas para o acolhimento da criança e dos pais, igualmente “prematuros”, independentemente da fase do ciclo de vida familiar em que se encontrem. A hospitalização de uma criança, em caso de doença aguda ou recidiva de doença crónica, a maior parte das vezes também não programada, confere vulnerabilidade e afastamento físico familiar e pode ser responsável pela sua entropia. Neste sentido, o acolhimento de enfermagem deverá ser dirigido à criança e à família, permitindo identificar as suas preocupações, necessidades e capacidades, assim como sublinhar o seu valor na participação dos cuidados. É o ponto de partida para uma potencial relação de confiança e respeito que influencia o envolvimento e motivação dos pais, bem como a sua confiança e gratificação nos cuidados ao filho, pelo que o referido acolhimento deve ser valorizado.

Numa primeira abordagem não posso deixar de refletir sobre o circuito da criança e da sua família até ao internamento. Os pais (homens) que podem acompanhar o seu RN pré-termo vêm de um serviço de obstetrícia conotado com experiências positivas, que de repente não se concretizam, e deixam as mães sozinhas (no que respeita ao acompanhamento familiar) para estarem junto dos seus filhos. No caso de internamento por doença aguda, caracterizado pela ausência de preparação e planeamento, a criança, cujo acompanhamento é feito, normalmente, por um dos pais, foi sujeita a um período de espera e ansiedade no SUP, pelo que há necessidade de priorizar os seus cuidados no que concerne à estabilidade da variável fisiológica, mas também das variáveis psicos sociais. Valorizando este *background* experiencial do sistema, mostrei-me sensível e disponível e tentei reconhecer os elementos da família pelo nome, privilegiei a sua acomodação na respetiva unidade de internamento, procedi à passagem de informação clínica de enfermagem, diagnostiquei precocemente as necessidades expressas e manifestadas e iniciei um plano de cuidados individualizado e dirigido à unidade familiar.

Nesta mesma linha de ação, e considerando o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (RPQCEESCJ) (OE, 2011a), o respeito pela informação existente, através da avaliação da estrutura e contexto do sistema familiar, na perspetiva dos pais, bem como pelo conhecimento dos hábitos de vida diários, é essencial à prestação de

cuidados de enfermagem *wholistic*. Neste sentido, reconheço a avaliação inicial como um elemento do acolhimento, pelo que, sempre que possível, e em momentos oportunos, procedi ao acolhimento de ambos os pais, ou outros cuidadores significativos para a criança, individualmente, por forma a maximizar a presença parental junto da criança, e ao respetivo registo em processo clínico, permitindo a continuidade de cuidados e o trabalho em equipa coerente e organizado.

O esclarecimento sobre o ambiente extrapessoal permitiu a satisfação de necessidades familiares expressas. De facto, quase todas as crianças e famílias colocam questões acerca da indicação terapêutica e utilização de diversos equipamentos tecnológicos como, por exemplo, o monitor eletrocardiográfico, com avaliação da tensão arterial, da oximetria e da frequência respiratória, o material de oxigenioterapia e a incubadora. No que diz respeito ao monitor, foi importante a exploração do material necessário para a sua utilização (como os elétrodos e fios condutores), o esclarecimento dos alertas criados em função da situação clínica da criança, bem como o significado dos diversos valores que o mesmo apresentava, por forma a tranquilizar a família durante a manipulação da criança aquando dos cuidados de higiene ou outros procedimentos. No que concerne ao material que viabiliza uma respiração eficaz, mostrei os utensílios necessários, como óculos nasais ou mesmo máscaras para oxigenioterapia de alto débito. Por fim, relativamente à incubadora, maioritariamente encarada como um recurso de sobrevivência do neonato, esclareci, sempre que pertinente, a sua utilização como recurso extrapessoal necessário à adaptação do RN ao ambiente extra-uterino, dada a sua imaturidade biológica (necessidades de regulação de temperatura corporal, obtenção de oxigénio em concentrações ideais, proteção de infeções e regulação dos estímulos sensoriais externos).

Para terminar, considero a entrega e explicação do folheto de acolhimento como uma medida de sucesso. Na verdade, a existência de um guia de acolhimento facilita o conhecimento das principais características de cada serviço e está sempre disponível aos pais, para consulta em qualquer momento (está de acordo com as recomendações da Carta da Criança Hospitalizada (1988). Associada a esta medida, é de registar que a visita guiada ao serviço permite aos pais melhor conhecimento e controlo do espaço e dos recursos disponíveis na unidade.

1.1.2. O envolvimento parental na prestação de cuidados à criança doente e hospitalizada

No âmbito das competências do EEESCJ, com o intuito de propiciar a hospitalização como um momento promotor da resiliência infantil e familiar, e de acordo com a carta da criança hospitalizada (1988) e com o RPQCEESCJ (OE, 2011a), o enfermeiro deverá concretizar atividades que visem prevenir, reduzir e eliminar as agressões físicas ou emocionais e a dor ao mínimo, numa cultura de cuidados não traumáticos e com recurso à brincadeira terapêutica, reduzindo, deste modo, as reações descritas no anterior subcapítulo.

a criança hospitalizada sofre duplamente, especialmente as criticamente doentes e as mais pequenas. Sofre não só de dor inerente à sua doença, mas também por ser submetida a repetidas, e por vezes prolongadas, experiências dolorosas desencadeadas por actos de diagnóstico e terapêuticos essenciais à manutenção da sua vida (Batalha, 2010, p.14).

Neste sentido, a adoção de medidas não farmacológicas de alívio de dor, cuja eficácia está dependente do desenvolvimento cognitivo da criança, uma vez que preconiza a reestruturação cognitiva no que diz respeito à percepção da dor, constitui uma intervenção prioritária para o enfermeiro (OE, 2013).

Numa breve abordagem ao desenvolvimento cognitivo, que me parece importante para contextualizar a escolha das intervenções operacionalizadas em estágio, destaco o seguinte: o lactente não tem capacidade linguística para descrever a dor, memoriza acontecimentos dolorosos e responde ao comportamento dos pais; o *toddler* consegue usar palavras tradutoras de dor, como *ui* ou *ai*, pode sentir ansiedade na ausência dos pais e é egocêntrico; o pré-escolar consegue usar linguagem para exprimir a dor, não compreende como algo doloroso pode permitir-lhe sentir-se melhor, tem necessidade de sentir controlo da própria situação, cooperando melhor se envolvido nos cuidados (Batalha, 2010).

Face à vivência de experiências dolorosas e à existência de um risco potencial de invasão corporal em contexto hospitalar, e considerando o desenvolvimento cognitivo, o medo de lesão corporal pode surgir. Já a existência simultânea de fatores intrapessoais, associados a um pensamento mágico, característico de crianças no estadio pré-operatório (subestadio pré-concetual, inferior a 4 anos de idade cronológica), fatores interpessoais, no que concerne à dependência forçada de elementos da equipa de saúde, e fatores extrapessoais, como a alteração das rotinas

diárias e a restrição física, pode propiciar o surgimento do medo da perda de controlo (Hockenberry & Wilson, 2011). A adaptação em crianças mais velhas pode ser facilitada pela sua capacidade e desenvolvimento cognitivo, que lhe permite compreender a necessidade de determinados procedimentos, bem como controlar alguns medos e ansiedades. No entanto, devemos ter sempre em atenção a relação entre a idade cronológica e biológica, uma vez que a primeira não pressupõe a utilização correta e automática das competências cognitivas como recurso à diminuição do stress (Barros, 1998) e reforço das linhas de defesa.

O medo faz parte das emoções básicas do ser humano, nomeadamente as de carácter negativo, e é encarado como um elemento natural do desenvolvimento da criança. Caracteriza-se por ser uma “emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir.” (OE, 2011b, p.61) e o seu principal objetivo é alertar e proteger a integridade física e psicológica do indivíduo perante situações potencialmente perigosas.

Nesta complexa vivência infantil e familiar valorizei o conhecimento parental na implementação das diferentes estratégias não farmacológicas de alívio de dor, cuja escolha contemplou a história de dor, bem como os hábitos diários da criança, tendo em conta as suas preferências de distração, e negocieei a presença dos pais e o seu envolvimento nos cuidados, entendidos como uma premissa na gestão da dor e como estratégia de suporte emocional no seu alívio. Ao nível da avaliação de dor, a sua realização foi sistemática após submissão das crianças a procedimentos cirúrgicos, com o recurso maioritário às escalas de Faces de Wong e Baker e FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), o que se revelou eficaz no seu controlo. Na realização de procedimentos dolorosos, e em crianças com idade inferior a 4 meses, administrei sacarose a 24%, 1 a 2 minutos antes do mesmo, cujos efeitos se traduziram na diminuição do choro, ritmo cardíaco e níveis de dor, que complementei com o recurso a outras medidas não farmacológicas, tais como a sucção não nutritiva e a contenção física, apelando ao papel parental, considerando que estão comprovados cientificamente os seus efeitos sinérgicos no alívio de dor. Em crianças mais velhas, as opções não farmacológicas incidiram nas estratégias cognitivo-comportamentais, como o uso da distração e da imaginação guiada. Dei privilégio à honestidade relativa à concretização do procedimento, dando a informação prévia simples e exata para a compreensão do mesmo, o que vai ao encontro da estratégia cognitiva, cujo resultado se manifestou na redução do medo, ansiedade e dor, e numa maior colaboração nos cuidados. A adoção de medidas ambientais, como a

redução de luminosidade ou ruído excessivos, mostrou-se relevante em estágio (OE, 2013; Hockenberry & Wilson, 2011; Batalha, 2010; Lefrak *et al.*, 2006).

Por fim, os procedimentos invasivos nunca foram usados como ameaça perante um comportamento inadequado, tendo sido, contudo, necessário trabalhar com alguns pais a assunção desta premissa, dados alguns comportamentos observados. O reforço comportamental positivo foi uma prática e, à semelhança dos cuidados para o desenvolvimento, como abordarei adiante, agrupei os atos potencialmente dolorosos, por forma a provocar o mínimo desconforto possível e a permitir períodos de descanso maiores.

A brincadeira, parte integrante da vida da criança, surge como veículo da sua expressão, relativa à experiência de dor, aos seus medos, ansiedades e frustrações, pelo que deve ser operacionalizada em contexto hospitalar. As vantagens estão relacionadas com a sensação de segurança num ambiente estranho, a redução da ansiedade de separação, a aceitação dos cuidados de enfermagem e o aumento da atividade autónoma, cuja possibilidade de escolhas minimiza a sensação de perda de controlo (Tavares, 2011) e de dor (Gomes *et al.* 2011).

Dada a complexidade dos cuidados implementados no SUP e na UCIPED, a sala lúdica é inexistente nestes contextos. Assim, inspirada em Tavares (2011), desenvolvi, no contexto do SUP, cujas paredes estão decoradas com desenhos alusivos à magia, paralelismos entre a toma dos medicamentos e as poções “quase” mágicas. Na UCIPED optei por promover a brincadeira normativa, sensibilizando a família para a utilização de brinquedos e brincadeiras familiares no internamento que proporcionassem uma sensação de normalidade, familiaridade, conforto e segurança, criei pequenas dramatizações entre enfermeiro e doente, por exemplo, com inversão de papéis, e incentivei a visualização de filmes apropriados à idade.

Considero igualmente pertinentes outras intervenções de enfermagem que enuncio: incentivei a família a utilizar objetos de conforto e de utilização habitual pela criança durante o internamento, reduzindo, assim, os elementos desconhecidos na sua unidade; encorajei o binómio a fazer perguntas e a explorar materiais necessários ao cuidado da criança; reconheci a experiência vivida como fonte de medo e encorajei a criança a falar dos seus sentimentos; estimulei os pais a manterem, tanto quanto possível, a rotina da criança e a liberdade de movimento e a independência no que concerne à alimentação, aos cuidados de higiene e outros hábitos de vida.

1.1.3. A capacitação parental para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil

Quanto à capacitação parental para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, destaco como cuidados implementados os relacionados com os cuidados para o desenvolvimento e refiro, ainda, a promoção de uma vinculação segura e de uma amamentação competente e geradora de satisfação. Tal como refere Barros (2001, p.314),

pais que recebem um bom apoio emocional e que experimentam múltiplas oportunidades de aprendizagem atitudinal e de desenvolvimento conceptual podem ser pais mais autónomos e mais competentes para estimular o desenvolvimento do filho e compensar eventuais riscos associados a um nascimento prematuro ou difícil.

Assim, a promoção de desenvolvimento infantil é muito importante numa prestação de cuidados consistente e integrada entre profissionais de saúde e pais, vistos como parceiros. Os cuidados promotores do desenvolvimento devem ser ensinados aos pais e treinados com estes, pelo que direcionei a minha atenção, em parceria com os mesmos e de acordo com a prática na unidade, para a prevenção e minimização da hostilidade do ambiente interpessoal, do ponto de vista sensorial, potencializada pela prática de inúmeras técnicas e procedimentos invasivos (Ferreira & Costa, 2004), adotando protocolos de manipulação mínima, como abordo de seguida, e através de uma prática de cuidados não traumáticos, introduzida anteriormente. Como medidas de controlo e redução de estimulação implementadas destaco (Tamez, 2013; Araujo & Reis, 2012; Barros, 2001):

- Diminuição dos níveis globais de som/ruído, através do controlo do tom das conversas junto à incubadora, da resposta rápida aos alarmes dos monitores e do fecho das portas das incubadoras;
- Diminuição dos níveis de luz e definição de ciclos de dia/noite com grau de iluminação variável. Na UCEN evidencio a colocação de uma coberta nas incubadoras dos bebés mais estáveis, definindo períodos de diminuição global de luz, dado que a luz intensa nos olhos pode comprometer a integridade da retina;
- Operacionalização de protocolos de manipulação mínima, que se traduzem na adoção de medidas que visem agrupar procedimentos, com o intuito de evitar alterações hemodinâmicas e promover períodos de sono/repouso mais prolongados. Na UCEN, acrescento a diminuição da perda de calor e de peso

através desta intervenção. Após o nascimento cada bebê sofre em média cerca de 134 manipulações em 24 horas. Se considerarmos que o feto permanece 80% do tempo em sono profundo na vida intrauterina, o que promove o crescimento cerebral e o desenvolvimento maturacional, compreende-se que, em caso de prematuridade, este ritmo tenha de ser promovido na vida extrauterina.

Tendo em conta o desenvolvimento maturacional, bem como a estabilidade ao nível da variável fisiológica, os bebês, aproximadamente entre as 34 e 36 semanas de idade gestacional, apresentam períodos mais frequentes e prolongados em estado de alerta quieto, favoráveis à interação ou estimulação externa. Assim, foi importante a capacitação dos pais, planificação conjunta e supervisão parental de cuidados promotores de desenvolvimento infantil, que, de acordo com Araújo e Reis (2012) e Barros (2001), dizem respeito a:

- Estimulação tátil e quinestésica, através de massagens rítmicas (após os cuidados de higiene), pegar ao colo, embalar e incentivar à adoção do método de canguru; posicionamento com correção postural (contenção motora dos braços e pernas numa posição média e de flexão e mãos perto da boca, para que o bebê se auto-console caso necessite, através da sucção não nutritiva), se necessário com a utilização de ninhos;
- Estimulação auditiva, encorajando os pais a cantar, conversar ou contar histórias; o bebê com IG superior a 32 semanas tem respostas de atenção e alerta;
- Estimulação do reflexo de sucção, com a utilização de chupeta, por três motivos: promover a coordenação sucção-deglutição-respiração, a qual está presente somente nos prematuros tardios, com IG a partir das 32-34 semanas; facilitar a transição para o aleitamento materno, como abordarei ainda neste capítulo; promover comportamentos de auto-regulação (chuchar).

Numa mesma lógica de promoção do desenvolvimento infantil, foi igualmente importante a sensibilização e capacitação dos pais para os cuidados ao filho, no que diz respeito à alimentação, higiene e conforto e promoção do sono, respeitando sempre a sua decisão na colaboração ou assunção de papéis. Detalhando: dependendo do estadio de desenvolvimento do papel parental, numa fase inicial, foi fornecida informação pertinente implicada nos cuidados em causa e simultaneamente à observação das ações do enfermeiro; depois, privilegiou-se a colaboração na

preparação de material e fornecimento do mesmo; mais tarde, incentivou-se o treino até à autonomia no cuidado ao subsistema filial.

Relativamente aos cuidados promotores do conforto no RN, sugeri a adoção da posição de canguru a ambos os progenitores, privilegiando a igualdade de papéis, o que é suportado por Brett *et al.* (2011) e Tamez (2013). Os autores sugerem que este posicionamento reduz significativamente a ansiedade maternal e potencia o sentimento de competência no relacionamento de pais com filhos. Após a análise de um estudo longitudinal de Brett *et al.* (2011), com a utilização da posição de canguru às 37 semanas, 3 e 6 meses, verifica-se a existência crescente de níveis estatisticamente significativos de melhor interação mãe-bebé, mais contacto físico entre a díade e melhor conhecimento e, conseqüentemente, melhor adaptação às exigências inerente ao desenvolvimento do bebé. O toque foi valorizado pelos pais, pela indução de bem-estar e sentimento de realização parental experienciados.

Por forma a securizar os pais relativamente às novas aprendizagens, potenciar uma perceção positiva e eficaz da sua prestação de cuidados e motivar para a interação adequada com o bebé, o elogio dos cuidados parentais prestados foi de extrema importância. Um filho necessita de uma resposta, gradual e crescente às suas necessidades, de um modo caloroso, sensível e fiável, pressupondo disponibilidade física e emocional e prazer na interação do binómio. Os cuidados parentais e a forma como o bebé/criança os experiencia influenciam de forma determinante o desenvolvimento da sua capacidade de regulação emocional, pelo que o investimento dos cuidados nesta área é fundamental. Nos primeiros três meses a regulação emocional é conseguida através das capacidades de auto-regulação que o bebé possui e de um ambiente altamente sensível, com rotinas harmoniosas e tranquilas, que promovem a familiarização do bebé com a figura parental (Tamez, 2013; Brazelton & Greenspan, 2009; Soares, 2001).

Particularizando para a UCEN, durante a implementação dos cuidados descritos anteriormente tentei reconhecer e identificar discretos sinais de prazer ou atenção do bebé, reforçando a interação dinâmica da díade/tríade, mas também detetar precocemente sinais de stress, como taquipneia, taquicardia, palidez, extensão de braços e pernas ou mesmo transição do estado de alerta ativo para a sonolência, identificado como um mecanismo autoprotetor. Do mesmo modo, o reconhecimento da fase de alerta ativo ou mesmo choro, por forma a suspender os stressores interpessoais e promover a estabilidade do sistema, prevenindo a entropia do RN, foi igualmente importante aquando da prática destes cuidados. Por fim, e não menos

importante, ajudar os pais a reconhecer e diferenciar as comunicações/necessidades do seu bebé, atribuir-lhes significados e fornecer respostas percebidas como adequadas potencia a percepção de uma parentalidade positiva (Tamez, 2013; Araújo & Reis, 2012; Brazelton & Cramer, 2004).

Neste contexto, surge, pois, a oportunidade para abordar a utilização parcial da Escala de Avaliação Comportamental Neonatal de Brazelton, criada para captar as reações comportamentais dos RN ao seu ambiente envolvente, no contexto dos estados de consciência. Segundo Brazelton e Cramer (2004) este instrumento avalia a capacidade do RN em acalmar-se e em lidar com estímulos externos e constitui, na minha perspetiva, uma estratégia em saúde promotora da negentropia familiar, da parentalidade e do desenvolvimento emocional do bebé, na medida em que pode ajudar os pais a reconhecerem o seu bebé como um ser único, a desenvolver um vínculo mais profundo, ter uma percepção mais positiva do seu filho e estabelecer uma interação mais apropriada com o mesmo (Hockenberry & Wilson, 2011). O tipo de toque, o ato de embalar, o tom de voz e o som dos diversos aparelhos tecnológicos foram alguns estímulos externos identificados em contexto clínico que permitiram observar a reação do bebé em resposta aos mesmos e o consequente cuidado parental incentivado.

Para uma interação positiva e facilitadora do desenvolvimento infantil destaco o conhecimento parental acerca dos seis estados de consciência (sono profundo, sono ativo, estado de sonolência ou intermédio, acordado em estado de alerta, alerta, mas irritado e choro) e ajuda para o seu reconhecimento (relacionado com os movimentos oculares, tipo de respiração e frequência respiratória, expressões faciais, atividade motora, entre outros) (Brazelton & Cramer, 2004), por forma a adotarem comportamentos o mais adequados possível ao respetivo estado. Baseada nestes autores, apresento de seguida apenas alguns exemplos de respostas atitudinais parentais que, maioritariamente, os tranquilizaram e permitiram uma auto-percepção de uma resposta eficaz:

- Durante o estado de sonolência, por forma a atingir o estado de sono, incentivei os pais a pegarem no RN ao colo em vez de o deixarem no berço, uma vez que ele ainda consegue retomar o estado de sono, e/ou a promover uma sucção não nutritiva, contudo alertando para o facto de a maioria dos estímulos poderem despertar o RN;
- Quando acordado em estado de alerta incentivei os pais a conversar, cantar, olhar para o RN e a satisfazer as suas necessidades alimentares;

- Em situação de choro reforcei o papel parental no sentido de embalar e/ou conter, ou, caso necessário, implementar medidas de redução de fome ou desconforto abdominal.

São claramente muitas as informações que o RN dá aos novos pais e decifrá-las não é uma tarefa fácil. A sensibilidade da figura parental às necessidades que o bebé manifesta influencia a qualidade da relação estabelecida entre os subsistemas parental e filial e, conseqüentemente, o desenvolvimento infantil. Do mesmo modo, a responsividade positiva e gradual do bebé, à medida que se desenvolve, apoia e estimula o envolvimento da figura parental, através de trocas afetivas e interações mais ativas (Brazelton & Greenspan, 2009; Soares, 2001). Assim, se por um lado a implementação destes cuidados de enfermagem em parceria com o subsistema parental potencia a interação entre pais e bebé/criança, é legítimo pensar igualmente na promoção de uma vinculação segura potenciada pelos mesmos.

Desde o seu nascimento e ao longo do primeiro ano de vida, o bebé desenvolve *modelos internos de vinculação*, os quais resultam de um conjunto de conhecimentos e expectativas sobre o modo como as figuras de vinculação respondem aos seus pedidos de ajuda e de proteção, tendo em conta a acessibilidade e responsividade. Numa perspetiva desenvolvimental, o sentimento de segurança é baseado em experiências repetidas, durante as quais a efetividade da figura de vinculação permite o alívio do medo e da ansiedade e a promoção do conforto e da satisfação. A vinculação segura surge como condicionante positiva do desenvolvimento infantil, na medida em que permite uma organização interna constituída por conhecimentos e expectativas positivas relativas à disponibilidade e responsividade da figura de vinculação, mas também relativas ao *self* como merecedor de atenção e afeto e competente no confronto com o mundo (Soares, 2001).

Reconhecendo a vinculação segura como fator intra e interpessoal promotor do desenvolvimento infantil e também o risco de separação do sistema familiar aquando do nascimento de um bebé pré-termo, que constituiu uma das principais preocupações profissionais do meu estágio, a aproximação da díade/tríade na UCEN o mais precocemente possível foi prioritário na atuação de enfermagem, dada a sua importante influência no processo de vinculação.

Após o nascimento, a visualização do RN, o contacto precoce entre pais e bebés, ouvir, tocar e segurar o novo bebé são interações fundamentais para a tríade desenvolver o seu processo de vinculação e aperfeiçoá-lo. Neste sentido, sempre que tive oportunidade, incentivei a fotografia à incubadora, ao bebé e à díade pai/bebé.

Acredito, até porque a literatura o sustenta através da revisão levada a cabo por Brett *et al.* (2011) e Tamez (2013), que a possibilidade de tirar fotografias constitui uma ferramenta importante como um fator de reconstituição da instabilidade associada a um parto prematuro e é de primeira linha no processo de vinculação, inicialmente entre pai e bebé e, posteriormente, entre mãe e bebé. É muitas vezes a única forma desta mãe conhecer o filho enquanto não se puder deslocar à UCEN, e sabemos que, por vezes, dependendo das condições de saúde físicas, podem passar alguns dias. Para além da fotografia, possibilitou-se, sempre que possível e desejado, o toque entre pai e filho, nem que seja só com a mão (sentir a textura e temperatura da pele do bebé), falar sobre o seu filho, no que diz respeito à sua condição de saúde ou mesmo dar-lhe um pouco de espaço para que este possa conversar, caso assim o deseje, com o seu bebé (Tamez, 2013).

Na mesma ótica, de promoção do desenvolvimento infantil harmonioso e de uma vinculação segura, os cuidados de enfermagem deverão dedicar atenção profissional à promoção de uma amamentação competente, que constituiu uma das necessidades parentais mais frequentes, como identificado anteriormente. Neste sentido dedicarei atenção à sua promoção em contexto do UCEN, evidenciando as limitações inerentes à prematuridade, o percurso da conquista parental para a amamentação, bem como o contributo do enfermeiro para este ganho em saúde familiar.

A situação de prematuridade desafia a conquista do processo de amamentação, uma vez que este está dependente do desenvolvimento fetal no momento do nascimento e não só. Diversos estudos científicos apontam como fatores comprometedores da amamentação em famílias prematuras a imaturidade da sucção, da respiração, caracterizada pela fadiga fácil, e da coordenação sucção-deglutição-respiração (com aumento do risco de aspiração de conteúdo alimentar, gastos excessivos de energia corporal e consequente dificuldade na evolução ponderal), o atraso na produção de leite materno, o internamento longo nas unidades de neonatologia, comprometedor da proximidade entre mãe/bebé, entre outros. De facto, a (i)maturidade neurológica, motora, muscular e comportamental, e a (ins)estabilidade fisiológica são fatores que determinam a habilidade do bebé para se alimentar autonomamente e diretamente na mama (Nagulesapillai, McDonald, Fenton, Mercader & Tough, 2013; Crowe, Chang & Wallace, 2012).

Antes de quaisquer cuidados promotores da amamentação, é fulcral questionar acerca da decisão parental para amamentar. Após comprometimento positivo em relação a este cuidado parental, privilegiei a aquisição de conhecimentos inerentes à

importância do aleitamento materno no caso específico da prematuridade, à extração de leite materno, de que destaco o início precoce no serviço de obstetria, bem como a importância da extração noturna (durante a noite as concentrações de prolactina são superiores, comparando com o período diurno), e aos cuidados com a sua conservação. Duas das dificuldades intrínsecas a este processo foram a produção de pouco leite, numa fase inicial, pelo que encorajei à amamentação ou extração regular de leite materno, com bomba elétrica, e, posteriormente, o ingurgitamento mamário, em que foi importante encorajar a mãe a esvaziar ligeiramente a mama por forma a facilitar ao bebé a pega na aréola, ou fazer a extração regular de leite.

Tendo em conta a idade gestacional do bebé foi importante promover o conhecimento relativo ao seu desenvolvimento, no que concerne à aquisição de reflexos, como o da deglutição (13^a semana) e sucção (24^a semana), bem como da coordenação sucção-deglutição-respiração (a partir das 32-34 semanas), uma vez que condiciona a transição do mecanismo/veículo de aleitamento materno. Inicialmente o bebé pode ter necessidade de ser alimentado de forma intermitente por uma sonda nasogástrica, seguida de sonda com declive, seringa, colher ou copo e, finalmente, com pega direta na mama (parcialmente ou na totalidade da refeição).

Esta transição pode ser mais ou menos demorada, dependendo do desenvolvimento oromotor do bebé, pelo que o encorajamento parental deverá ser uma premissa incondicional na UCEN. Os protocolos institucionais apontam para esta prática e esclarecem, com base na literatura, a prática de enfermagem na capacitação parental. O casal deve ser ensinado a estimular a sucção do RN com menos de 30 semanas de gestação, cuja alimentação é feita por sonda, com o dedo. Deve ainda ser incentivado a manter este estímulo e ensinado a alimentar o RN por copo, colher ou seringa quando idade gestacional entre as 30 e 32 semanas. Acima deste tempo gestacional, deve ser feita a estimulação da sucção com a mama e ensinar a mãe na adaptação do prematuro à mama, sendo que a alimentação será direta na mama exclusivamente após as 34-36 semanas (OMS & UNICEF, 1995; Tamez, 2013).

De facto, todo um plano de cuidados de enfermagem é valorizado quando as famílias revelam um crescente e positivo envolvimento com seus filhos e mais competência para o cuidar em parceria com a equipa de saúde. O aconselhamento, o fornecimento de informação, sessões formativas, a ajuda prática e a existência de grupos de partilha são identificados como fatores que interferem positivamente no

desempenho maternal promotor da amamentação (Brett *et al.*, 2011; Barlow *et al.*, 2008).

Por último, a abordagem feita em contexto clínico no que concerne às características do mamilo da puérpera ou da sua posição durante a amamentação, do posicionamento do bebé e da sua adaptação à mama, entre outros aspetos, será descrita e analisada no capítulo seguinte, no âmbito da prática de enfermagem em CSP, apesar de constituírem cuidados também implementados em contexto hospitalar.

Como podemos ver pelo desenvolvimento deste capítulo, desde o acolhimento até ao momento da alta, durante todo o internamento hospitalar a equipa de enfermagem sempre privilegiou o empoderamento familiar para uma autonomia competente, perspetivando uma alta precoce. De acordo com as atividades atrás descritas, a família foi sempre incentivada a assumir os cuidados ao seu filho sempre que se sentisse capaz de o fazer e foi-lhe dada essa oportunidade com total autonomia nos dias que antecederiam a alta, no entanto garantindo-lhe a presença e ajuda profissional sempre que necessário.

No caso da UCEN, esta prática é sustentada pela investigação, que nos diz que “programas de alta programada” reduzem o stress inerente ao regresso a casa, melhoram as interações entre pais e bebé, mas também o ambiente domiciliário onde o bebé vai viver com a sua família (Brett *et al.*, 2011). Do mesmo modo, uma alta precocemente planeada em articulação com os CSP, como tive a oportunidade de verificar no estágio realizado na UCC através da experiência pessoal e de colegas, foi reconhecida pelos pais como uma estratégia promotora das suas competências parentais, com menor ansiedade e maior satisfação. Esta prática em contexto comunitário, como será abordada no capítulo seguinte, permitiu obter o *feedback* positivo parental relativo à existência de um EEESCJ na comunidade, reconhecida como uma mais valia para a continuidade dos cuidados ao RN em casa. Este apoio na comunidade permite a ocorrência de uma alta precoce com maior percepção de normalidade familiar por parte do subsistema parental, uma vez que minimiza o tempo de hospitalização (Brett *et al.*, 2011; Hockenberry & Wilson, 2014).

1.1.4. Organizações promotoras de uma parentalidade positiva – o contributo do enfermeiro

Numa última abordagem e centrando-me na perspetiva organizacional das unidades hospitalares, vejo como positivos alguns fatores interpessoais e extrapessoais, associados à prática da enfermagem, capazes de potenciar a capacitação parental para a promoção do desenvolvimento infantil, de que destaco:

- a) A permanência dos pais durante 24 horas por dia, bem como a atribuição de senha de refeição para um elemento na UCEN e UCIPED. O subsistema parental não é considerado visita, mas sim acompanhante, pelo que lhes é possibilitado o acompanhamento do seu filho durante 24 horas. Esta prática vai ao encontro do preconizado pela Carta da Criança Hospitalizada e é igualmente sustentada pela revisão de Brett *et al.* (2011), facilita o desenvolvimento de competências parentais uma vez que assim os pais têm muito mais contacto com o seu bebé/criança e têm a possibilidade de lhes prestar com regularidade cuidados que satisfaçam as necessidades inerentes às variáveis do sistema criança, estabelecendo uma rotina de cuidados parentais em parceria com os cuidados de saúde. Por outro lado, também nos permite reavaliar as suas necessidades durante o internamento, partilhar informação pertinente e ter maior flexibilidade dos horários dos cuidados;
- b) O acompanhamento da criança por um familiar durante todo o circuito do utente no SUP apresenta como vantagens a minimização do medo da separação e, uma vez que permite a inclusão da pessoa significativa nos cuidados procedimentais, quando necessários, cuja presença é securizante e confortante para a criança, minimiza o medo da lesão corporal;
- c) A existência de um enfermeiro de referência na UCEN e UCIPED constitui um método de trabalho recomendado pela OE (2011a), permite dinamizar com mais facilidade um trabalho em parceria dada a partilha de competências entre este e a família e potencia a negociação da participação dos pais nos cuidados (suportado por Apolinário, 2012);
- d) A duração de 12 horas dos turnos da equipa de enfermagem na UCEN e UCIPED potencializa, a meu ver, o cuidado em parceria com as famílias, a continuidade e congruência de cuidados, minimiza as perdas de informação e

favorece o estabelecimento de uma relação terapêutica assente na confiança e respeito mútuo entre pais e enfermeiro de referência;

- e) A existência de sessões de educação para a promoção de competências parentais na UCEN – Oficinas do Cuidar – permite o fornecimento de informação de forma simples e gradual (frequência semanal), relativa à *Alimentação do RN*, *Cuidados promotores do desenvolvimento*, *Cuidados de higiene e conforto*, *Prevenção de acidentes e segurança infantil* e *Vigilância de saúde e sinais de alerta*, bem como a partilha, em grupo, de sentimentos associados à prematuridade e hospitalização dos respetivos filhos. Esta iniciativa é suportada por alguns autores, como Silva (2011), que desenvolveu um estudo com o principal objetivo de conhecer as necessidades dos pais de RN prematuros na pós-alta clínica. Esta autora concluiu que os pais de crianças prematuras atribuem bastante importância à obtenção de informação e conhecimento, nomeadamente os relacionados com os cuidados básicos ao bebé, desenvolvimento do bebé prematuro, alerta de possíveis complicações, como procurar ajuda/apoio e acerca do esclarecimento de recursos materiais.

Por fim, um outro aspeto, mas que ainda exige a atenção em enfermagem, prende-se com a inexistência de suportes escritos de carácter informativo na UCEN e UCIPED e a necessidade da sua atualização no SUP. No caso dos serviços de internamento, tal como foi solicitado pelas famílias, principalmente na UCEN, seria importante a criação de folhetos informativos alusivos à aquisição de competências de desenvolvimento, promotores da amamentação e do desenvolvimento infantil. A equipa de enfermagem já estava organizada para a sua criação, dado o processo de acreditação hospitalar em que se encontra.

Na UCIPED seria uma mais-valia, e tendo como base as necessidades relacionadas com a desobstrução nasal como um cuidado continuado no domicílio, a criação de um folheto com descrição destes cuidados, uma vez que muitas famílias apresentam dúvidas na sua prestação em contexto comunitário (experiência profissional inerente à minha prática em Unidade de Saúde Familiar).

Quanto ao SUP, verifica-se a existência de folhetos referentes às medidas a tomar perante uma situação de diarreia, vómitos e febre, com data de 1999, cuja entrega não era valorizada pela equipa de enfermagem. Dado o recurso inadequado ao SUP na maioria dos casos, seria pertinente, a meu ver, a criação de um folheto promotor da educação em saúde no que concerne aos motivos de doença aguda que sustentem o recurso a este tipo de serviços em detrimento dos CSP. Contudo, a sua

criação foi pouco valorizada pela equipa de enfermagem, por considerarem o SUP como recurso prioritário para o atendimento de situações de urgência e emergência e não um espaço para ações de educação em saúde. Compreendendo alguns elementos desta perspetiva, considero contudo que, sobre esta matéria, poderia haver lugar a uma ação concertada entre o hospital e as unidades de CSP da sua zona de abrangência.

1.2. A promoção do crescimento e desenvolvimento infantil para a estabilidade dos subsistemas filial e parental em contexto comunitário – intervenção do Enfermeiro Especialista

Com o regresso do RN, seja prematuro ou de termo, e da sua família a casa espera-se uma nova readaptação familiar. O seu afastamento de um ambiente 24 horas protegido e supervisionado por profissionais de saúde pode propiciar insegurança parental na assunção do seu papel em resposta às necessidades físicas, de saúde e segurança da criança, bem como de desenvolvimento. De facto, os conhecimentos necessários a um harmonioso desenvolvimento infantil não se adquirem somente durante a gravidez e no período de internamento hospitalar. Surgem, assim, durante a prática em estágio comunitário, e à semelhança da experiência hospitalar, algumas necessidades associadas ao desempenho do papel parental, relacionadas, igualmente, com o seu acolhimento e com a sua capacitação para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, neste âmbito de intervenção, como um fator promotor da estabilidade do bebé após a alta hospitalar. Neste sentido, o enfermeiro ao nível dos CSP deverá continuar a ter em especial atenção as necessidades parentais, tendo em conta que os recursos familiares são por vezes reduzidos, e deter estratégias de resposta às mesmas, promovendo uma intervenção de enfermagem a nível comunitário como fator interpessoal promotor da estabilidade do bebé/criança e da sua família.

A descrição e análise dos cuidados de enfermagem prestados em CSP vão ter uma organização por estratégia de intervenção, considerando a *go-structure* e a *come-structure*, cujos conceitos serão clarificados no decorrer do capítulo. Por último, apesar do investimento da equipa de enfermagem em CSP no que concerne à satisfação das necessidades parentais, será feita a abordagem de uma situação tão

recorrente na atualidade - a ocorrência de maus-tratos infantis. Estes surgem como um stressor interpessoal do desenvolvimento infantil harmonioso, pelo que será apresentada uma breve análise acerca da sua prevenção primária e secundária.

1.2.1. A visita domiciliária como uma estratégia de intervenção de enfermagem de apoio à parentalidade

Considerando o acolhimento nos CSP como a primeira necessidade identificada anteriormente, reconheço que o apoio prestado pelas enfermeiras da UCC é essencial para a negentropia familiar e é a ponte para cuidados de saúde institucionais adequados às necessidades familiares, reduzindo as desigualdades na saúde (American Academy of Pediatrics, 2009). A abordagem em saúde de apoio à parentalidade denominada de *go-structure*, definida por Abreu-Lima *et al.* (2010) como uma intervenção individualizada associada a um registo de aconselhamento em que os profissionais se deslocam ao encontro da família, privilegiando uma educação parental no ambiente familiar, o domicílio, parece ser a estratégia mais adequada para a promoção do acolhimento familiar neste contexto de cuidados.

A literatura reconhece a visita domiciliária à puérpera e ao RN como uma intervenção prioritária, um momento único de interação profissional/família/meio ambiente e de apreciação familiar, que possibilita a implementação de um plano de cuidados holístico e individualizado junto dos casais/famílias durante o puerpério. A meu ver facilita o conhecimento aprofundado da realidade sentida e vivida pelas famílias, promovendo a integração das mesmas nos cuidados de saúde e contribuindo para o seu desenvolvimento bem como para uma positiva auto-perceção dos seus conhecimentos, potencialidades e competências, tendo em conta os seus recursos, perspetiva corroborada por Rowe, Barnes e Sutherns (2013) e Hockenberry e Wilson (2014).

A American Academy of Pediatrics (2009) refere que a visita domiciliária, no século XX, adquiriu uma atenção especial como estratégia importante na prevenção de maus-tratos infantis, redução da prevalência de acidentes em casa, promoção de desenvolvimento infantil, efetivação do papel parental e redução das desigualdades na obtenção de serviços de saúde.

Tendo em conta famílias “prematuros”, Brett *et al.* (2011) mencionam que pais de bebês prematuros visitados regularmente no primeiro ano de vida até aos 3 anos de idade, com apoio emocional e com ajuda prática, experimentam menores níveis de stress parental, comportamentos parentais mais responsivos às necessidades do bebé, interações com o seu bebé mais adequadas, com capacidade de produção de uma maior variedade de estímulos apropriados ao desenvolvimento infantil, bem como um ambiente familiar também mais adequado e melhorado.

Para além da implementação da visitação domiciliária como estratégia de acolhimento, mas também de promoção do desenvolvimento infantil, destaco outras atividades implementadas, como a visualização conjunta do Boletim de Vigilância em Saúde Infantil, destacando a periodicidade das consultas de vigilância, calendário de vacinação e as notas destinadas aos pais, a promoção da adequada utilização do centro de saúde, alertando para a necessária inscrição do bebé no processo familiar, bem como para a marcação da primeira consulta de vigilância do bebé e de revisão de puerpério com o médico de família. Por fim, a entrega de folheto explicativo do funcionamento dos serviços de saúde ao nível da saúde infantil e da mulher promove a adesão a estes cuidados.

Tendo em conta o papel do enfermeiro na capacitação parental para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, e dando resposta à satisfação imediata das necessidades de saúde da mãe e do bebé, continuo a destacar os cuidados parentais relacionados com a capacitação para a interação com o bebé, para o aleitamento materno, para os cuidados ao coto umbilical e outros cuidados de higiene e conforto, para o sono e para a segurança infantil, como dimensões a serem privilegiadas na abordagem *go-structure*.

Dada a importância da comunicação no cuidado em enfermagem, e antes de aprofundar estas temáticas, gostaria de salientar como competências de ouvir e aprender, com privilégio para a minha aprendizagem e apropriadas a qualquer contexto de cuidados, a utilização de comunicação não-verbal adequada (manter cabeça ao mesmo nível, prestar atenção, dedicar tempo), fazer perguntas abertas, evitando palavras de julgamento, devolver com as nossas palavras o que os pais dizem e demonstrar compreensão pelos seus sentimentos, numa atitude empática, por forma a estabelecer uma relação terapêutica. Ainda como competências para estabelecer confiança e apoio, destaco o aceitar o que os pais dizem, elogiar o que está correto, dar ajuda prática, dar informação relevante, usar linguagem simples e fazer sugestões e validar a sua compreensão (OMS & UNICEF, 1995).

Considerando a qualidade dos estímulos ambientais provenientes do contexto onde a criança está inserida, admito a influência familiar na aquisição das diversas competências inerentes ao seu desenvolvimento e acrescento que o seu reconhecimento e aprovação por terceiros promove um autoconceito parental positivo. De facto, um ambiente positivo é altamente estimulante das potencialidades genéticas de cada criança, ao contrário de um ambiente negativo e condicionante (Cordeiro, 2011), principalmente no primeiro ano de vida caracterizado por uma elevada plasticidade neuronal e rápido ajustamento à estimulação parental.

Perspetivando a interação adequada entre a díade/tríade no período neonatal, foi prioritário o reconhecimento de receios nesse relacionamento, motivados pela fragilidade física, pela necessidade de períodos de descanso prolongados, como também associados à dificuldade na gestão de estímulos excessivos por parte do RN. Quanto ao primeiro fator, destaco a observação física do RN e a demonstração das suas competências auditivas e visuais e dos reflexos primitivos como aquisições do período fetal facilitadoras da interação familiar.

O esclarecimento acerca da qualidade da interação e das brincadeiras a implementar foi outra das medidas adotadas em estágio. Os assuntos abordados estiveram relacionados com o tipo de brinquedos a utilizar (mobile musical e luminoso, roca com ruído suave, objeto de segurança, caracterizados por terem bordos lisos, arredondados e facilmente laváveis), bem como com a segurança inerente à sua utilização (relacionada com a sua dimensão, local de arrumação, por forma a não utilizarem a cama de grades para este efeito; foram incentivados a procurar informação indicativa da faixa etária adequada e inspecionar regularmente os objetos por forma a assegurar a sua integridade). O tom de voz suave para leitura ou canto, a utilização de música rítmica e operacionalização de manipulações mínimas foram comportamentos incentivados de modo a evitar a acumulação excessiva de energia, a irritabilidade e o choro e, conseqüentemente, a facilitar a auto-regulação do bebé e promover a sua organização para a interação.

Por último, sensibilizei os pais para a regularidade dos cuidados relativos à satisfação das necessidades básicas e de desenvolvimento, tendo em conta o seu potencial na aquisição de competências e na interação do bebé com a sua família.

Aceitando que uma das principais necessidades do subsistema parental é a informação e o conhecimento, os enfermeiros deverão estar na vanguarda em resposta a estas necessidades, pelo que outra das estratégias utilizadas foi o fornecimento de um folheto informativo acerca das atividades promotores do

desenvolvimento, para além da abordagem oral das mesmas. Neste âmbito, o investimento do novo PNSIJ (DGS, 2013) na dinamização desta interação é claro e traduz-se no esclarecimento e sugestão de atividades a desenvolver com as crianças, pelo que a sua divulgação eletrónica, sempre que possível, foi privilegiada.

Quanto ao aleitamento materno, tentei, a partir dos hábitos e dos conhecimentos dos pais, educar para uma alimentação parental adequada (à mãe pela sua influência direta no bebé; ao pai dado o seu potencial para motivar a mãe em praticar uma alimentação adequada), dissimulando o efeito de alguns alimentos no bebé. No que diz respeito à puérpera observei as características do mamilo, uma vez que podem dificultar a adaptação do bebé na mama, e a sua integridade cutânea, pois as alterações cutâneas potenciam o desconforto ou mesmo a dor. Verifiquei a posição materna durante o aleitamento, sugerindo material de apoio sempre que necessário, como suporte das costas, dos pés e também do bebé. Dei especial atenção à importância da amamentação no estabelecimento de vínculo emocional, enfatizando a forma como a mãe segura o bebé no colo, com firmeza e segurança, o contacto visual estabelecido e o toque. Ao nível do RN foi importante verificar o seu posicionamento e a sua adaptação na mama. As características de eliminação urinária (presença de cristais de urato) e a sua frequência, bem como a perda/ganho de peso são importantes indicadores a considerar aquando da avaliação da eficácia da mamada. Neste sentido, creio ser importante a aquisição de uma balança portátil para uso em contexto domiciliário (OMS & UNICEF, 1995; Levy & Bértolo, 2012). Por fim, e uma vez que os serviços de saúde comunitários não funcionam em permanência, informei acerca do site “SOS Amamentação” como um recurso comunitário importante.

Considerando os cuidados ao coto umbilical, existe, atualmente, uma grande diversidade de práticas, que reconheço como uma condicionante da autoperceção positiva das competências dos pais, os quais se questionam acerca da adequação da sua escolha. De facto, a prática mais frequente de cuidados ao cordão umbilical é a aplicação de solução alcoólica a 70%, sendo significativamente eficaz na morte de bactérias gram positivas e negativas, embora seja responsável pelo atraso da queda do cordão umbilical.

Numa revisão sistemática da literatura, Imdad *et al.* (2013) conclui que não existe evidência estatística entre a aplicação de antiséptico em ambiente hospitalar quando comparado com a manutenção do cordão umbilical seco, em países desenvolvidos. Do mesmo modo a OMS parece privilegiar a limpeza e secagem do

cordão umbilical com compressa como um meio eficaz na prevenção de onfalite neonatal. Está descrito que o tipo de tratamento recomendado não interfere no stress parental, desde que seja consensual. Os pais que optaram pela secagem natural do cordão umbilical apresentaram níveis de satisfação superiores aos que utilizaram solução anti-sética. Numa revisão da literatura levada a cabo por Ness, Davis e Carey (2013), salienta-se a importância de uma correta higiene das mãos aquando dos cuidados ao coto umbilical, bem como de um cordão limpo com água e sabão de *ph* neutro e bem seco. A solução alcoólica é desvalorizada assumindo os seus efeitos tóxicos, como a necrose e elevados níveis de álcool no sangue.

Apesar da literatura não ser consensual quanto aos cuidados a implementar ao nível do coto umbilical, atribui contudo importância à vigilância em CSP, a qual reduz os custos dos cuidados pós-natais, pelo que a enfermagem tem um papel ativo na prevenção das infeções do cordão umbilical. A minha tomada de decisão em contexto clínico esteve dependente da perceção parental relativa a estes cuidados, bem como do ambiente domiciliário, privilegiando a não aplicação de qualquer solução cutânea no cordão umbilical, à semelhança da prática hospitalar.

Por fim, ao nível da segurança infantil, uma das preocupações manifestadas pelos pais é o medo de aspiração, asfixia e de morte durante o sono, atribuindo uma grande importância à posição do seu filho. Neste sentido, e uma vez que é um dos fatores relacionados com a síndrome da morte súbita do lactente, privilegiei a segurança do ambiente para um sono seguro e encorajei os pais a adotar o decúbito dorsal, adquirir um colchão firme com utilização de lençol, não colocar objetos dentro do berço e a promoverem o alojamento conjunto, mas não a partilha de cama (Meadows-Oliver & Hendrie, 2013), pelo que estive atenta a esse ambiente sempre que possível. Uma outra preocupação reside no transporte do RN, sendo que as mães ficam muitas vezes ansiosas com o uso correto dos sistemas de transporte de crianças, uma vez que não gostam de as ver presas. Foi minha preocupação, por forma a responder a uma necessidade parental não percebida, incentivar à utilização sistemática do cinto de segurança, quer em casa, quer na rua. A sua utilização é ainda subvalorizada pelos pais, pelo que sensibilizá-los para a importância do seu uso é imprescindível.

Antes de terminar esta estratégia de *go-structure*, creio ser importante referir a intervenção efetiva dos CSP e, especificamente neste relatório, da UCC como imprescindível para a redução da utilização inadequada dos SUP. Tendo em conta os cuidados de saúde continuados e integrados providos à população ao nível

domiciliário, estou convicta de que os CSP constituem um verdadeiro recurso promotor da negentropia familiar. Dodge *et al.* (2013), através do estudo longitudinal que realizaram, sustentam a prática da visitação domiciliária regular como significativa na redução das idas ao SUP, cujo efeito duplica aos 6 meses de vida. Ainda concluíram que esta prática aumenta as conexões com os recursos da comunidade, um comportamento parental positivo, maior qualidade no envolvimento do pai e segurança familiar, ambiente de casa e atividades de exterior mais adequadas ao bebé e melhor saúde mental materna.

Importa esclarecer, como estímulo aos enfermeiros dos CSP, no sentido de melhorar a sua prática, mas reconhecendo as limitações de recursos humanos nos cuidados de enfermagem em Portugal, que estes resultados são propiciados por um programa de visitação domiciliária que, de uma forma geral, deve ser caracterizado por consentimento iniciado na maternidade, uma a três visitas domiciliárias de enfermagem, quando a criança tem entre 3 e 12 semanas, e o contacto telefónico com unidade de saúde comunitária ou *follow-up* domiciliário um mês depois (Dodge *et al.*, 2013, p.137).

1.2.2. Outras estratégias de intervenção de enfermagem de apoio à parentalidade

A evidência científica, como vimos anteriormente, clarifica a significância das intervenções de saúde no período pós-parto ao nível domiciliário, nomeadamente as de enfermagem, reconhecidos como os profissionais de eleição para a operacionalização desta estratégia promotora de saúde. Esta prática sustenta os ganhos em saúde infantil e materna, a melhoria da interação pais-bebé e a qualidade do ambiente doméstico. A sua implicação na construção de uma parentalidade positiva é clara, mas é importante reconhecer que a mesma começa muito antes do nascimento, pelo que o período pré-parto não pode ser descurado. A conceção do papel maternal e parental inicia-se durante a gravidez e arrisco a dizer que ainda no período concecional, no caso de uma gravidez programada.

Issel, Forrestal, Slaughter, Wiencrot e Handler (2011) referem que mulheres grávidas com fatores de risco associados, como por exemplo, condicionantes de saúde físicas ou psicológicas, ou mesmo relativos aos recursos sociais ou financeiros, têm maiores probabilidades de terem um parto prematuro ou bebés com

baixo peso ao nascer, pelo que defendem que estas mulheres precisam de assistência, suporte e orientação de profissionais de saúde durante a gravidez. Neste sentido é proposta a visitação domiciliária pré-natal como uma estratégia promotora da estabilidade do subsistema parental, o que facilita o acesso e promove a utilização dos serviços de saúde, embora sem relevância estatística no peso ao nascer ou na taxa de nascimentos pré-termos (Issel *et al.*, 2011).

Contudo, em Portugal a promoção de competências parentais neste período, ao nível do Serviço Nacional de Saúde, está orientada para uma *come-structure*. Preconiza-se a procura dos serviços por parte das famílias e assume-se uma intervenção em grupo, semi-estruturada, reconhecida pela vantagem de diminuir os sentimentos e as experiências de isolamento, uma vez que permite a partilha de experiências similares, bem como a possibilidade de modelagem e apoio mútuo entre pais, associada à utilização de material escrito, como brochuras informativas (Abreu-Lima *et al.*, 2010).

Nesta linha de pensamento, o Conselho da Europa (2007), numa das suas publicações, destaca como estratégias promotoras de uma parentalidade positiva a educação parental, os cursos de preparação para o nascimento, a educação para a saúde e o fornecimento de informação acerca do desenvolvimento infantil, entre outras, privilegiando não só os fatores de risco, mas acima de tudo os fatores de proteção para o desempenho positivo do papel parental, numa perspetiva salutogénica.

No âmbito da UCC, destaca-se o Curso de Preparação para a Parentalidade (CPP) promovido por uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros especialistas em saúde da criança e do jovem, em saúde materna, obstétrica e ginecológica e de saúde mental, psicólogo, assistente social e higienista oral.

A existência do CPP vai ao encontro do recomendado pela OE (2011a), no RPQCEESCJ, uma vez que permite o fornecimento de informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias, para maximização do potencial de desenvolvimento infantil. Estes programas surgem como oportunidades que facilitam a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança, uma vez que sensibilizam os pais ou outros cuidadores acerca das situações de risco que podem comprometer a saúde dos seus filhos, bem como das consequências e sua prevenção. Neste domínio considero como cuidados ao RN da responsabilidade do enfermeiro especialista a promoção de uma vinculação precoce, do aleitamento

materno, do desenvolvimento infantil e da segurança infantil, pelo que tive a oportunidade de colaborar na atualização de duas sessões do respetivo curso.

Os temas abordados, alvo de grande receptividade parental e alvo de uma produtiva discussão em grupo, foram organizados, considerando os estados de consciência do bebé e os cuidados parentais apropriados a cada um, privilegiando: nos estados de sono, a segurança infantil; no estadio de alerta calmo, os cuidados de higiene corporal e umbilical, bem como as alterações normais da pele, e a promoção do desenvolvimento infantil; na fase de choro, os cuidados possíveis para reduzir eventuais desconfortos. Por fim, outra das estratégias adotadas para a maximização de competências parentais foi a distribuição presencial e eletrónica de material informativo, no sentido de complementar as sessões presenciais. Segundo Barlow *et al.* (2008), os guias antecipatórios consistem na prestação de orientações preventivas pelos profissionais de saúde nos serviços de saúde e podem ter resultados importantes na redução do stress e aumento da confiança dos pais durante os primeiros dois meses de vida.

1.2.3. Os maus-tratos infantis como stressor interpessoal do desenvolvimento infantil harmonioso

Apesar dos cuidados antecipatórios implementados em CSP, tendo em conta fatores de risco para a ocorrência de maus-tratos infantis, como, por exemplo, a prematuridade ou um filho não desejado, o défice de competências parentais expressas e percebidas, relações familiares conflituosas ou uma família disfuncional, e privilegiando fatores de proteção, como a promoção de um desenvolvimento infantil saudável e de uma vinculação segura e competências parentais adequadas ao seu papel, uma boa rede de suporte familiar e social, uma organização familiar com integração comunitária e capacidade de acesso aos serviços de apoio comunitário, a ocorrência de maus tratos infantis ainda é uma realidade prevalente em Portugal, como se pode ver por dados que apresento adiante.

O risco de negligência na família associado à sua vulnerabilidade enquanto unidade em transformação, sujeita a stressores normativos, decorrentes dos seus processos de desenvolvimento, e também sujeita a stressores não normativos, deve constituir uma preocupação do enfermeiro especialista. Consequentemente, este

deverá manter uma atitude ativa e recetiva na recolha da informação, observar continuamente a evolução dos fatores de risco/de proteção e o aparecimento de sinais de alerta e/ou de sinais ou sintomas de maus-tratos, bem como apoiar os pais nas intervenções específicas, reforçando as suas competências parentais para prevenir o aparecimento de situações de maus-tratos (DGS, 2011).

Tendo em conta o relatório anual de atividades das CPCJ referente ao ano de 2013 (CNPCJR, 2014), é de salientar que foram instaurados 6989 processos de crianças com idade entre os 0 e os 5 anos. Destes, apenas 2105 crianças (30,1%) foram categorizadas por contexto de apoio diário, de onde destaco que 16,6% está em casa com a mãe, 3,7% com a família alargada e 3,6% com a ama (contexto familiar), 27,9% em creche/infantário e 48% em Jardim/pré-escolar (equipamento educativo), tendo este último registado um aumento da sua representação percentual, ao contrário do contexto familiar.

Neste quadro é clara a pertinência de uma intervenção de enfermagem incidente nos contextos familiar e educativo. Destaco, para além do olhar atento do profissional de enfermagem sobre estes contextos, ao nível dos fatores de risco e de proteção, a importância da articulação entre unidades funcionais do ACES, bem como entre a saúde escolar e as estruturas educativas da comunidade. Esta articulação permitirá um percurso promotor da funcionalidade salutogénica familiar e do desenvolvimento infantil harmonioso.

No que diz respeito às situações de perigo comunicadas às CPCJ, relativamente à totalidade dos processos instaurados, destaco:

- Negligência 25,3% (18910) (**falta de supervisão e acompanhamento familiar**, nível de saúde, nível educativo e nível psico-afetivo) – diminuição não significativa da expressão percentual da negligência comparativamente com 2012;
- Exposição a comportamentos que possam comprometer o bem-estar e desenvolvimento da criança (**exposição a violência doméstica**, exposição consumo de álcool e de estupefacientes) 24,5% (18273) – tem vindo a aumentar a expressão percentual desde 2007;
- Diminuição da incidência com o aumento da idade, sendo no escalão dos 0 aos 5 anos que se encontram valores superiores;

- Maior intervenção da CPCJ na região de Lisboa e, dentro desta, as CPCJ da Amadora, de Loures e de Sintra Ocidental e Oriental, por ordem decrescente de intervenção.

Considerando os dados acima descritos, como profissionais de saúde integrados numa entidade com competência na área da infância e juventude e de acordo com o princípio da subsidiariedade, os enfermeiros, dada a sua proximidade de diversos grupos populacionais e consequente intervenção diversificada, são mandatários na identificação de contextos específicos de risco e na deteção, acompanhamento e encaminhamento, quando necessário, de casos problemáticos de situações de maus-tratos infantis.

Assim, e valorizando o recomendado na Convenção dos Direitos da Criança e o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009, art. 81º), identifiquei algumas das intervenções implementadas como a articulação com outras estruturas comunitárias, nomeadamente as envolvidas na educação, o que vai ao encontro do preconizado no RPQCEESCJ e no Despacho n.º 31292/2008, a realização de reuniões entre os vários parceiros comunitários e a família para a deteção conjunta das reais necessidades da criança e da sua família, a educação parental, estimulação para o seu comprometimento responsável pelos desafios do desenvolvimento infantil, o reforço das competências existentes e adquiridas, como base de um plano de cuidados individualizado adequado ao sistema familiar em causa, a construção de um “Plano de Intervenção e Acompanhamento Familiar” individualizado e com implicações familiares e multidisciplinares e o agendamento regular de consultas de enfermagem, em contexto domiciliário ou institucional.

Tendo em conta as recomendações nacionais veiculadas pelo novo PNSIJ (DGS, 2013), os exames de saúde passam a ter como objetivo a prevenção de situações de maus-tratos infantis, através da verificação sistemática de sinais e sintomas, bem como da análise da situação de risco familiar, pelo que o seu registo é fundamental. Para tal foi implementado o registo sistemático das intervenções em enfermagem em sistema informático próprio, na UCC, a preparação de uma reunião multidisciplinar formativa para a promoção do registo sistemático da avaliação do risco familiar, ao nível do centro de saúde, contudo sem oportunidade para a sua concretização em estágio, e a participação em reuniões do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, com partilha de preocupações ao nível da difícil articulação com as CPCJ e pela ainda frequente falta do seu *feedback*. Na nossa

perspetiva, estes dois aspetos comprometem a vigilância dos enfermeiros como profissionais de primeiro nível de atuação.

Independentemente do nível de intervenção no qual a criança e jovem se encontram, o enfermeiro, encarado como um potencial coordenador de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014), deve estar sempre a par da evolução de todo o processo de promoção e proteção da criança e jovem em risco, por forma a dar continuidade aos cuidados prestados pelas outras entidades igualmente envolvidas no processo quando necessário.

2. UM PROJETO EM ENFERMAGEM NUMA LÓGICA DE INTERVENÇÃO PRIMÁRIA PARA A ESTABILIDADE DO SISTEMA FAMILIAR

A família é considerada o núcleo-base da organização social e o contexto natural para o crescimento, bem-estar e proteção da criança (Abreu-Lima *et al.*, 2010), pelo que deverá fornecer os alicerces necessários a um crescimento e desenvolvimento saudável da criança, no seu *continuum* saúde/doença. Como pudemos ver anteriormente é fulcral que o EEESCJ, como recurso interpessoal do sistema familiar, detenha competências para o cuidar da criança e do jovem mas também da sua família, por forma a capacitá-la e empoderá-la para uma efetiva parceria de cuidados e, tanto quanto possível, para a saúde do subsistema filial. Nesta perspetiva, a conceção e concretização de projetos institucionais ao nível da promoção de competências parentais, a sua disseminação e apropriação pelos profissionais, numa dinâmica de programas de melhoria contínua de qualidade, promotores de uma parentalidade positiva são igualmente fundamentais na assistência da criança e da sua família, na maximização da sua saúde.

Ao longo do estágio verificou-se a existência de alguns projetos promotores de competências parentais na UCEN, relembro, *Oficinas do Cuidar*, e na UCC, *Curso de Preparação para a Parentalidade*, com *feedback* positivo dos pais no que concerne à resposta efetiva às suas necessidades indissociáveis dos respetivos projetos familiares e de saúde numa dinâmica de parentalidade positiva. Apesar da existência desses programas, os pais referem a necessidade de um apoio profissional continuado após o nascimento e após a alta hospitalar. Surge deste modo a criação do projeto “Parentalidade Positiva para a Promoção do Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 anos: Um Projeto de Intervenção Primária em Enfermagem” (apêndice 1), no âmbito dos CSP.

Refletindo acerca do percurso de construção do referido projeto, pretendo clarificar as etapas percorridas recorrendo i) ao regulamentado pela Ordem Profissional dos Enfermeiros no que diz respeito às competências comuns ao enfermeiro especialista e aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem; ii) ao preconizado pela DGS (2013) no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; e por fim iii) a investigação na área da deteção das necessidades parentais e da promoção das suas competências.

Com a criação deste projeto de intervenção em enfermagem e tendo como referencial as competências comuns do enfermeiro especialista preconizadas pela OE (2010a), pretendo, no domínio da melhoria de qualidade, o desenvolvimento de um projeto institucional, encarado pela equipa multidisciplinar como uma estratégia na área da governação clínica promotora de uma parentalidade positiva. Neste sentido, a sua fundamentação e contextualização, a clarificação da filosofia a adotar e dos seus princípios orientadores, a clarificação dos conceitos metaparadigmáticos indissociáveis de uma prática especializada, a definição da sua finalidade e objetivos e por fim o planeamento estratégico traduzido em atividades exequíveis foi uma preocupação constante pessoal e alvo de discussão no seio da equipa de enfermagem. O presente projeto constitui, a meu ver, uma ferramenta que potencializa a incorporação de novos conhecimentos na área de promoção de uma parentalidade positiva, uma vez que permite a mobilização de conceitos inerentes ao estudo e prática de cuidados, associada a este fenómeno em enfermagem, no âmbito desta área de especialidade de enfermagem.

A adoção de um quadro de referência orientador de uma prática de CCF, enquanto recurso para a criança, vai ao encontro do PNSIJ (DGS, 2013), normativo mais recente da DGS no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil, e da cultura existente na unidade funcional (UF) recetora do projeto. A adoção desta filosofia, como veículo de cuidados de enfermagem, foi facilmente aceite dada uma cultura existente de promoção de saúde individual e familiar, numa perspetiva sistémica; os cuidados são prestados a um indivíduo, inserido em determinado sistema, ou a uma família, considerada também como cliente e, perspetivam o apoio e estímulo de um exercício parental adequado.

Relativamente ao planeamento estratégico que, como referido anteriormente, espero que se traduza em atividades exequíveis, abrange dois domínios de intervenção, um referente aos profissionais de saúde e outro aos utentes. Ambos os domínios abordam as mesmas dimensões, mas em diferentes perspetivas, tendo em conta a resposta às necessidades de cada população-alvo, respetivamente, a equipa de enfermagem da UF em causa e os subsistemas parentais com crianças entre os 0 e os 5 anos inscritas na mesma UF. As áreas de intervenção que lhe são comuns dizem respeito a i) Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil dos 0 aos 5 anos; ii) Visitação Domiciliária à Puérpera e ao RN nos primeiros 15 dias de vida; e iii) Sessões de Educação para a Saúde presenciais e em modalidade *e-learning*.

Dada a necessidade de harmonizar práticas de diagnóstico, planeamento e avaliação inerentes ao cuidado em enfermagem no âmbito do fenómeno em estudo, este projeto prevê a construção de um Manual de Boas Práticas em Saúde Infantil e

Juvenil (MBPSIJ), baseado em normativos preferencialmente nacionais, na investigação e no conhecimento. A supervisão e monitorização de atividades que concretizam as intervenções de enfermagem na área de especialidade em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, descritas no MBPSIJ, são igualmente previstas, por forma a avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem e planear programas de melhoria contínua, numa perspetiva de liderança dos processos de melhoria e desenvolvimento da qualidade, facilitadores da aprendizagem em contexto de trabalho na área da saúde infantil e juvenil (OE, 2010a).

Como enfermeira atribuída a um grupo de famílias reconheço claras vantagens no método de trabalho por enfermeiro de referência. Destaco um conhecimento profundo dos projetos de saúde individuais e familiares, possibilitados pelo contínuo acompanhamento ao longo do ciclo de vida dos sistemas individuais e familiares. Contudo, tendo presente de que, na UF onde exerço as minhas funções profissionais existem cinco grupos de famílias e cinco enfermeiras, com características, experiências e estádios de desenvolvimento profissional próprios, é forçoso garantir mecanismos de harmonização de práticas profissionais que garantam a equidade, a continuidade dos cuidados e um trabalho em equipa coerente e organizado. A existência desses mecanismos de iniciativa organizacional, nos quais incluo a criação do MBPSIJ, promove ganhos em saúde e a satisfação profissional.

Seguindo este mesmo fio condutor, a criação de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do fenómeno em enfermagem “Parentalidade” e, igualmente, de um sistema de registos de enfermagem que incorpora i) as necessidades de cuidados de enfermagem da criança e da sua família, ii) as intervenções de enfermagem e iii) os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pela criança e pela sua família é sustentado igualmente pelo RPQCEESCJ (OE, 2011a). Segundo a OE (2010), é do âmbito profissional do enfermeiro especialista a avaliação familiar e a resposta às suas necessidades, no que concerne à adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar.

Assim, identifico uma das ferramentas acessíveis em CSP, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012), cuja dimensão do desenvolvimento inerente à área do papel parental ganha relevo para o presente projeto. Estou consciente de que a avaliação familiar competente e rigorosa, bem como a deteção das necessidades inerentes ao exercício do papel parental, é fundamental na prática de enfermagem pediátrica e em CSP. Contudo reconheço a existência de algumas adversidades, referentes não só ao contexto de trabalho, como a ausência de formação na área e a inexistência de suporte informático para registo

próprio na USF (SAPE), mas também relativa à complexidade desta ferramenta, pelo que a sua operacionalização ainda é um objetivo a alcançar no futuro. Apesar disso, a identificação das necessidades expressas e percebidas relativas ao exercício de uma parentalidade positiva, e tendo em conta os recursos comunitários autárquicos e inerentes ao serviço nacional de saúde existentes, é uma preocupação profissional dos enfermeiros da USF onde exerço cuidados, pelo que mobiliza a equipa na adoção do projeto.

Tendo por base o regulamentado no RPQCEESCJ (OE, 2011a), pretende-se com o presente projeto a utilização de uma metodologia organizativa dos cuidados de enfermagem que seja promotora de parcerias com os agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança e da sua família aos CSP e a este projeto em especial. Aqui refiro-me às estruturas autárquicas, outras instituições de saúde ao nível dos CSP mas também ao hospital de referência. Para a concretização destas parcerias creio ser importante a divulgação e publicitação do projeto na USF, no ACES, na Junta de Freguesia e junto do hospital de referência.

Silva (2011), no seu estudo relativo às necessidades dos pais de RN prematuros após a alta hospitalar, concluiu que eles necessitam de apoio familiar, grupos de ajuda mútua de modalidade presencial ou eletrónica, moderados por um profissional de saúde, e de suporte profissional dirigido. Tendo em conta as sugestões finais deste mesmo autor, o presente projeto, conforme se pode ver no capítulo 5 do apêndice 1, pretende criar o apoio domiciliário sistemático através da definição de critérios da sua implementação e continuidade e de acordo com as necessidades identificadas; e organizar uma rede de apoio informal onde os pais partilhem experiências entre si. Esta perspetiva é corroborada por Brett *et al.* (2011), que sugere a existência de foruns de suporte parental para redução da ansiedade, pela oportunidade de comunicação entre pais e profissionais de saúde e outros pais criada e, conseqüentemente, ganhos de confiança nas suas aptidões parentais.

Por fim, ambiciono, para esta estratégia organizacional promotora de uma parentalidade positiva, o desenvolvimento de uma articulação ativa entre os serviços de internamento hospitalar, nomeadamente os Serviços de Neonatologia, e os CSP, mobilizando informação e conhecimentos individuais e colectivos promotores de competências parentais; bem como a criação de uma página eletrónica, dedicada a este fenómeno, inserida no site institucional, que permita a consulta de informação atual e pertinente adequada às necessidades parentais.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estágio teve como enquadramento global a compreensão de que a família, numa perspetiva sistémica, influencia diretamente a criança e é o primeiro contexto de socialização para o seu desenvolvimento saudável. Daí, os cuidados de enfermagem deverem privilegiar uma abordagem centrada na família e implementar processos de cuidados em parceria com a mesma, perpetivando a negentropia da criança.

Na prestação de cuidados a este binómio, criança/família, emergiram necessidades de saúde inerentes ao desenvolvimento infantil, mas também ao desempenho do papel parental, ambas relacionadas com os mesmos focos de enfermagem de que destaco: o desenvolvimento infantil, a parentalidade, a vinculação, a amamentação, a dor, o medo, a angústia de separação e a negligência, contudo constituindo-se como exigências diferentes no que diz respeito ao desempenho de papel.

No que concerne à vivência de uma parentalidade positiva em situações normativas e não normativas, o acolhimento e o envolvimento parental na prestação de cuidados, bem como a sua capacitação para a promoção do desenvolvimento infantil, a nível hospitalar e comunitário, constituíram as grandes necessidades parentais identificadas em estágio, pelo que este relatório tentou traduzir os cuidados de enfermagem implementados em resposta às mesmas. Como principais estratégias desenvolvidas para a promoção de competências parentais, adequadas às exigências do desenvolvimento infantil, destaco, no âmbito da dinâmica *go-structure* e/ou *come-structure*, a realização de visitação domiciliária, o fornecimento de informação, recorrendo à utilização de suporte escrito e à realização de sessões de educação para a saúde em grupo, e o seu envolvimento na prestação de cuidados à criança.

Algumas das atividades desenvolvidas no estágio, uma vez relacionadas com fenómenos inerentes às tarefas de desenvolvimento da criança e da família, ao longo do seu ciclo de vida, têm um cariz universal, pelo que poderiam ser consideradas da responsabilidade do enfermeiro generalista. Contudo, os processos de tomada de decisão que lhe estão associados, expressos e analisados no presente relatório, colocam-nas, em meu entender, no âmbito da intervenção e responsabilidade do enfermeiro especialista. Muitas dessas atividades, aparentemente simples, estão

conotadas com a complexidade inerente ao cuidar especializado e associadas a diversos domínios de intervenção, bem como ao dinamismo e à flexibilidade necessários a um plano de cuidados dirigido à criança e sua família, indissociáveis da prática especializada. Requerem envolvimento, participação e uma dinâmica de parceria de cuidados, facilitados pela capacitação e negociação de cuidados, traduzidos ao longo do presente relatório. Destaco, com privilégio para a problemática aprofundada em estágio, e no âmbito do EEESCJ, a aquisição de competências ao nível da implementação e gestão em parceria de um plano de cuidados promotor da parentalidade e do desenvolvimento infantil, nomeadamente no que concerne à promoção da vinculação, à resposta em saúde a doenças comuns e em situações de risco que comprometem a estabilidade da criança e à gestão da dor e do bem-estar (OE, 2010b).

A prática reflexiva promovida em estágio, fundamentada num aprofundamento de conhecimentos científicos, facilitou a aquisição de competências inerentes a esta prática especializada e assumiu um papel fundamental na construção inicial da minha identidade profissional enquanto especialista. Pensar “sobre a prática” mas também “na prática”, com valorização da dimensão referencial, foi uma preocupação constante num percurso de requalificação da minha aprendizagem e de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Com a aquisição de conhecimentos e competências inerente ao percurso como EEESCJ, a sua partilha no seio da equipa multidisciplinar da USF onde exerço funções assumiu-se como veículo para a construção de uma memória e cultura organizacional no que concerne ao Cuidados Centrados na Família e à Parceria de Cuidados, no âmbito da saúde infantil, mas também alargada aos restantes grupos populacionais. Esta constituiu-se imprescindível para a assimilação e consequente acomodação de novas formas de pensar, saber e fazer, em constante evolução perante a complexidade dos cuidados de saúde, e para a formação de uma USF *aprendente*. Como contributo para este crescimento organizacional, a construção do projeto de intervenção primária em enfermagem promotor de uma parentalidade positiva nos primeiros 5 anos de vida da criança constituiu desde o seu início uma mais valia e acredito que será consolidada com a sua plena aplicação.

Como projetos futuros destaco o investimento na avaliação do desenvolvimento da parentalidade, considerando o início da sua construção ainda no período preconcecional, desde a adaptação à gravidez até ao exercício do papel parental do nascimento à idade pré-escolar.

Assumindo a maturação e pertinência crescentes do referido projeto, espero implementar cuidados de enfermagem que capacitem e empoderem o sistema familiar para enfrentar os stressores inerentes não só a situações normativas, como o nascimento, mas também a situações não normativas, como a vivência da prematuridade, da doença e da hospitalização, numa perspectiva, de acordo com Betty Neuman, de prevenção primária, secundária e terciária.

Perspetivo, ainda, o desenvolvimento de uma norma interna que facilite a implementação de uma abordagem e de um plano de cuidados de enfermagem que mobilize as ações de prevenção da dor, física e psicológica, e que privilegie o seu controlo, contribuindo para a estabilidade da criança e da sua família e para a vivência positiva da experiência de dor em cuidados de saúde primários, com ênfase no recurso às medidas não farmacológicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu-Lima, I; Alarcão, M.; Almeida, A.; Brandão, A.; Cruz, O.; Gaspar, M. & Santos, M. (2010). *Avaliação de Intervenções de Educação Parental: Relatório 2007-2010*. Acedido em 26/05/2013. Disponível em http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF
- Alto Comissariado da Saúde (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Acedido em 23/03/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/ficheiros-externos/relatorio-comissao-nacional-de-saude-da-crianca-e-do-adolescente-2004-2008-pdf.aspx>
- American Academy of Pediatrics (2009). The Role of Preschool Home-Visiting Programs in Improving Children's Developmental and Health Outcomes. *Pediatrics*, 123(2), 598-603. doi: 10.1542/peds.2008-3607.
- Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série. 7. 83-92. Acedido em 23/05/2013. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a09.pdf>.
- Araujo, L. & Reis, A. (2012). *Enfermagem na prática materna-neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Bandeira, M. (2012). O direito de procriar e algumas particularidades da população portuguesa. In *Roteiros do Futuro – Conferência “Nascer em Portugal”* (pp. 153-157). Acedido em 24/03/2014. Disponível em http://www.presidencia.pt/archive/doc/Livro_roteirosdofuturo_nasceremportugal.pdf.
- Barlow, J.; McMillan, A.; Kirkpatrick, S.; Ghatge, D.; Smith, M. & Barnes, J. (2008). *Health-led Parenting Interventions in Pregnancy and Early Years*. (Research

Report DCSF-RW070) Department for children, schools and families. Acedido em 20/05/2014. Disponível em <http://dera.ioe.ac.uk/8573/1/DCSF-RW070.pdf>

Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 1 (16). 11-28. Acedido em 19/11/2013. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n1/v16n1a03.pdf>.

Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In Canavarro, M. C. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para Mudar*. Lousã: LIDEL.

Benczik, E. (2011). A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Revista Psicopedagogia*, 28 (85). 67-75. Acedido em 05/04/2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v28n85/07.pdf>

Brazelton, T. B. (2010). *O grande livro da criança. O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (12ª Ed). Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, T. B. & Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce. Os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.

Brazelton, T. B. & Greenspan, S. (2009). *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6ª Ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Brett, J.; Staniszewska, S.; Newburn, M.; Jones, N. & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*, 1 (e000023). doi:10.1136/bmjopen-2010-000023

Carpenito, L. J. (2009). *Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica* (11ª. Ed). Porto Alegre: Artes Médicas.

CNPCJR (2014). *Avaliação da Atividade das Comissões de proteção das Crianças e Jovens. Relatório Anual 2013*. Acedido em 27/05/2014. Disponível em http://www.cnpcjr.pt/%5CRelatorio_Avaliacao_CPCJ_2013.pdf

- Cordeiro, M. (2011). *O grande livro do bebé. O primeiro ano de vida* (7ª Ed.). Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2001). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) Versão β*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Council of Europe (2007). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg: Council of Europe. Acedido em 14/06/2013. Disponível em <http://books.google.pt/books?id=JROG3RcY8fkC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>
- Council of Europe (s.d.). Building a Europe for and with children. Acedido em 14/06/2013. Disponível em <http://www.coe.int/t/dg3/familypolicy/Source/Plaquette%20positive%20parenting%20ENG.pdf>
- Crowe, L.; Chang, A. & Wallace, K. (2012). Instruments for assessing readiness to commence suck feeds in preterm infants: effects on time to establish full oral feeding and duration of hospitalisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4 (CD005586). DOI: 10.1002/14651858.CD005586.pub2.
- DGCSP (1989). *Orientações Técnicas I. Crescimento e maturação dos 0-18 anos*. Lisboa: DGCSP.
- DGS (2002). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação*. Lisboa: DGS.
- DGS (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação*. (2ª Ed.). Lisboa: DGS.
- DGS (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: DGS, Divisão de Comunicação e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida. Acedido em 01/01/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf>
- DGS (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Acedido em 01/06/2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/>
- Dodge, K.; Goodman, W.; Murphy, R; O'Donnell, K.; Sato, J. & Guptill, S. (2014). Implementation and Randomized Controlled Trial Evaluation of Universal

Postnatal Nurse Home Visiting. *American Journal of Public Health*, 124 (1). 136-143.

Ferreira, M. & Costa, M. (2004). Cuidar em Parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium*, 30. 51-58. Acedido em 04/01/2014. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/default.htm>

Figueiredo, H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Acedido em 20/03/2013. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Figueiredo, H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Gomes, A.; Nascimento, M.; Cristoffel, M.; Antunes, J.; Araújo, M. & Cardim, M. (2011). Punción venosa pediátrica. Un análisis crítico a partir de la experiencia del cuidar en enfermería. *Enfermería Global*. 23. 277-286

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.

Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In Leticia Solis-Ponton. *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milénio*. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 47-51. Acedido em 03/03/2014. Disponível em <http://books.google.pt/books?id=hUFyDL2uMJ0C&pg=PA203&lpg=PA203&dq=Marie+Rose+Moro+Parentalidade&source=bl&ots=ibD5mTETd-&sig=MaT2WtAusS6ohfgz7HYNDBhrhwo&hl=pt-PT&sa=X&ei=L-gUU6-rDZHH7Abbk4GwBA&ved=0CEgQ6AEwAw#v=onepage&q=Marie%20Rose%20Moro%20Parentalidade&f=false>

- Imdad A.; Bautista, R.; Senen, K.; Uy, M.; Mantaring, J. & Bhutta, Z. (2013). Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 5. (CD008635). DOI: 10.1002/14651858.CD008635.pub2.
- Issel, L.; Forrestal, S.; Slaughter, J.; Wiencrot, A. & Handler, A. (2011). A review of prenatal home-visiting effectiveness for improving birth outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 40(2). 157-165.
- Jajic, A.; Andrews, H & Jones, C (2011). The Client System as Family, Group, or Community. In B. Neuman & J. Fawcett, *The Neuman Systems Model* (5ª ed., 70-88). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Lusociência.
- Kuo, D., Frick, K. & Minkovitz, C. (2011). Association of Family-Centered Care with Improved Anticipatory Guidance Delivery and Reduced Unmet Needs in Child Health Care. *Maternal and Child Health Journal* 15(8), 1228-1237. Acedido em 15/11/2012. Disponível em <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10995-010-0702-8>
- Lefrak *et al* (2006). Sucrose Analgesia: Identifying Potentially Better Practices. *Pediatrics*. 118 (2). S197-S202
- Levy, L & Bértolo, H (2012). Manual de Aleitamento Materno. Lisboa: UNICEF. Acedido em 05/06/2014. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf
- Meadows-Oliver, M. & Hendrie, J. (2013). Expanded Back to Sleep Guidelines. *Pediatric Nursing*. 39 (1).40-49.
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 3 (6). 113-121.
- Moro, M. R. (2005). Os ingredientes da Parentalidade. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*. 8 (2). 258-273. Acedido em 03/03/2014. Disponível em http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume08/n2/os_ingredientes_da_parentalidade.pdf

- MS (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016, 4.2. Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida*. Acedido em 13/11/2012. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_4_2_Contextos-saud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida_2013_01_173.pdf.
- Nagulesapillai, T.; McDonald, S.; Fenton, T.; Mercader, H. & Tough, S. (2013). Breastfeeding Difficulties and Exclusivity Among Late Preterm and Term Infants: Results From the All Our Babies Study. *Canadian Journal of Public Health*. 104 (4). e351-e356. Acedido em 03/06/2014. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d5b9f757-2c5f-4275-8b32-ec1eae950c4b%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4112>
- NANDA-I (2012). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA. Definições e classificação 2012-2014*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ness, M.; Davis, D. & Carey, W. (2013). Neonatal skin care: a concise review. *International Journal of Dermatology*. 52. 14-22.
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman & J. Fawcett, *The Neuman Systems Model* (5ª ed., 3-33). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- OE (2006). *CIPE Versão 1 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Ed. Portuguesa). Santa Maria da Feira: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 31 de Dezembro 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- OE (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em 01/05/2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- OE (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido em 01/05/2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_adoAG_20Nov2010.pdf

- OE (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido em 15/11/2012. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>
- OE (2011b). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Ed. Portuguesa). Santa Maria da Feira: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2
- OE (2013). *Guia Orientador de Boa Prática. Estratégias não farmacológicas de alívio de dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OMS & UNICEF (1995). *Aconselhamento em Amamentação: um curso de treino. Manual do participante*. São Paulo: Instituto da Saúde.
- OPSS (2011). *Relatório Primavera 2011. Da depressão à crise para a governação prospectiva da saúde*. Acedido em 22/04/2013. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf
- OPSS (2012). *Relatório Primavera 2012. Crise & Saúde. Um país em sofrimento*. Acedido em 25/04/2013. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf
- Relvas, A. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à Terapia Familiar*. Coimbra: Quarteto.
- Rodrigues, L. & Moreira, P. (2012). Tornar-se pai vivenciando a internação do filho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Journal of the Health Sciences Institute* 30(3). 227-30. Acedido em 20/12/2013. Disponível em http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p227a230.pdf
- Rowe, J; Barnes, M & Sutherns, S (2013). Supporting Maternal Transition: Continuity, Coaching, and Control. *The Journal of Perinatal Education*, 22(3). 145-155.
- Silva (2006). Nascer às portas da morte. *História* 89. 48-55.

- Silva, C. (2011). *Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós-alta clínica: exercício de uma parentalidade autónoma*. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido em 05/01/2014. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26624/2/Necessidades%20dos%20pais%20de%20recm nascidos%20prematuros%20no%20ps%20al.pdf>
- Soares, I. (2001). Vinculação e Cuidados Maternos: Segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In Canavarro, M. C. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora (pp. 75-104).
- Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando*. Loures: Lusociência.
- UNICEF (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Portugal: UNICEF. Obtido a 1 de Janeiro 2013, de UNICEF Portugal: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Vidigal, M. & Tafuri, M. (2010). Parentalização: uma questão psicológica. *Latin-American Journal of Fundamental. Psychopathology Online*, 7(2). 65-74. Acedido em 05/04/2014. Disponível em http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v7_n2/parentalizacao_uma_questao_psicologica.pdf
- WHO (2005). *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen: World Health Organization. Acedido em 29/04/2013. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/79400/E87710.pdf

APÊNDICES

Apêndice 1. Parentalidade Positiva para a Promoção do Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 anos. Um Projeto de Intervenção Primária em Enfermagem

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR ML

**PARENTALIDADE POSITIVA
PARA A PROMOÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO INFANTIL
DOS 0 AOS 5 ANOS**

**UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PRIMÁRIA EM
ENFERMAGEM**

Projeto elaborado no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FILIPA MANUEL DOS SANTOS ARAGÃO

2014

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR ML

**PARENTALIDADE POSITIVA
PARA A PROMOÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO INFANTIL
DOS 0 AOS 5 ANOS**

**UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PRIMÁRIA EM
ENFERMAGEM**

Projeto elaborado no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FILIPA MANUEL DOS SANTOS ARAGÃO

2014

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção-Geral da Saúde
FCC	Family-centered care
MBPSIJ	Manual de Boas Práticas em Saúde Infantil e Juvenil
OE	Ordem dos Enfermeiros
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PN	Programa Nacional
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
RN	Recém-nascido
SN	Sistema Nacional
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde Familiar
USFML	Unidade de Saúde Familiar ML

ÍNDICE

	P.
ÍNDICE DE FIGURAS	7
0. FUNDAMENTAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO DE CUIDADOS	9
1. FILOSOFIA DE CUIDADOS E PRINCÍPIOS ORIENTADORES	12
2. CLARIFICAÇÃO DE CONCEITOS	14
3. FINALIDADE	17
4. OBJETIVOS	18
5. DESCRIÇÃO DO PROJETO: DOMÍNIOS E DIMENSÕES DE INTERVENÇÃO	19
5.1. Domínio de Intervenção: profissionais de Saúde	21
5.2. Domínio de Intervenção: Utentes	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
Anexo 1. Escala de Preocupações Parentais	
Anexo 2. Escala de Stress Parental	
Anexo 3. Escala de Satisfação Parental	
Anexo 4. Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários	

ÍNDICE DE FIGURAS

	P.
Figura 1. Modelo explicativo do programa	20

0. FUNDAMENTAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO DE CUIDADOS

A família, considerada o núcleo-base da organização social e o contexto natural para o crescimento, bem-estar e proteção da criança (Abreu-Lima et al., 2010), fornece os alicerces necessários a um crescimento e desenvolvimento saudável da criança, sendo que um ambiente positivo é altamente estimulante das suas potencialidades genéticas (Cordeiro, 2011). Encarando-a como um sistema aberto, reconhece-se a influência do ambiente onde está inserida (interno, externo e criado) no *continuum* bem-estar/doença, comprometedor da estabilidade familiar e, conseqüentemente, da dos subsistemas que a compõem, nomeadamente o subsistema filial. Quando os mecanismos de *coping* não são suficientemente eficazes, pode ocorrer a desorganização e disfuncionalidade familiares (Relvas, 2003). Nesta perspetiva, a conceção e concretização de projetos institucionais ao nível da promoção de competências parentais, a sua disseminação e apropriação pelos profissionais, numa dinâmica de programas de melhoria contínua de qualidade, promotores de uma parentalidade positiva¹, é fundamental na assistência da criança e da sua família e na maximização da sua saúde².

Considerando o ambiente interno, a instabilidade ou mesmo a entropia familiar podem ocorrer quer perante acontecimentos previsíveis (situações normativas), associados ao ciclo vital familiar ou imprevisíveis (situações não normativas), como uma situação de doença ou acidente. No que diz respeito ao ambiente externo, a crise financeira e económica, iniciada em 2008/2009, está cada vez mais intrínseca às famílias portuguesas³, o que poderá comprometer a estabilidade da criança e da família no contínuo de bem-estar/doença destes clientes.

Conscientes da necessidade de reajuste contínuo da unidade familiar, temos sido confrontadas, no nosso dia-a-dia, com necessidades expressas e percebidas relativas ao exercício de uma parentalidade positiva, relacionadas com a amamentação e os desconfortos que lhe estão associados, a diversificação alimentar e alimentação saudável, o engasgamento do bebé, a obstrução nasal, o significado do choro, a higiene corporal, a prevenção de acidentes durante o transporte, as atividades promotoras do desenvolvimento infantil e a ocupação de tempos livres, a

criação de regras e rotinas e ainda com o cumprimento da vigilância de saúde infantil e do plano de vacinação.

De facto e segundo Martins (2009, p.118),

criar uma criança é provavelmente o maior desafio de responsabilidade que um progenitor tem de enfrentar, mas actualmente nem todos vivem este processo socialmente apoiados, o que pode comprometer o positivo exercício do papel parental, nomeadamente pela complexidade de competências e saberes necessários para cuidar, proteger, desenvolver a afectividade e a socialização da criança.

No que diz respeito à população pediátrica da USFML com idade inferior a 5 anos repara-se no crescente número de crianças ao cuidado permanente das suas famílias (em detrimento das instituições de educação formal), em que os pais (desempregados ou em *part time*) ou avós (reformados ou com atividade doméstica) são reconhecidos como o contexto promotor do desenvolvimento infantil, sendo de extrema importância fortalecer esse sistema familiar.

Por outro lado, tendo em conta os recursos comunitários na área geográfica de abrangência da USFML, destaca-se a carência de projetos autárquicos na área de intervenção para uma parentalidade positiva, como o espaço de partilha entre pais ou ações de sensibilização para a promoção do papel parental. Quanto aos serviços de saúde, verifica-se a existência de um Curso de Preparação para a Parentalidade, promovido pela UCC de Sintra, cuja população-alvo abrange casais inscritos na USFML com gravidez entre as 28 semanas e as 36 semanas de gestação. Contudo, identificamos como constrangimentos desta iniciativa a não integração de enfermeiros no referido curso, bem como a limitação da população-alvo ao período pré-natal.

Reconhecemos ainda na nossa prática clínica a falta de harmonização de práticas em enfermagem, o que pode comprometer a coerência e a continuidade de cuidados prestados à criança e à sua família.

Perante esta realidade, novos problemas na saúde das nossas crianças e famílias podem surgir, pelo que se torna importante reavaliar os processos de cuidados, dirigindo-os, não só para a criança, como também para as famílias de forma a, de acordo com a perspectiva de Betty Neuman, diminuir a possibilidade de reação do sistema/criança aos vários stressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais a que está sujeita.

Participando ativamente na resposta à crise económico-social e aos seus reflexos na saúde, os enfermeiros devem proteger as crianças e as suas famílias conferindo-lhes um acesso facilitado aos cuidados de saúde, ações de proteção e

promoção específicas e capacitar o subsistema parental para escolhas implicadas no seu ciclo de vida familiar^{3,4}, por forma a, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ)⁵:

- i) estimular os pais à adoção de comportamentos promotores de saúde;
- ii) apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais;
- iii) promover o bem-estar familiar.

É neste abrangente e complexo enquadramento que surge o presente projeto, que designamos de “*Parentalidade Positiva para a promoção do desenvolvimento infantil harmonioso dos 0 aos 5 anos*”, perspetivando a resposta aos problemas acima identificados no contexto de uma USF e dos Cuidados de Saúde Primários.

Na sua organização destacam-se 5 capítulos: i) Esclarece a filosofia do projeto bem como os seus princípios orientadores; ii) Clarifica os principais conceitos implicados no projeto; iii) e iv) Define a finalidade e os objetivos do projeto; v) Descreve o projeto que se pretende implementar esclarecendo as atividades a desenvolver para a sua operacionalização.

¹ Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, 2010a. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

² Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros, 2010b. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

³ Relatório Primavera 2011. Da depressão à crise para a governação prospectiva da saúde. OPSS, 2011. http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf

⁴ Relatório Primavera 2012. Crise & Saúde. Um país em sofrimento. OPSS, 2012. http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf

⁵ Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção-Geral da Saúde, 2013. www.dgs.pt/

1. FILOSOFIA DE CUIDADOS E PRINCÍPIOS ORIENTADORES

Convictas de que os Cuidados de Saúde Primários são uma estrutura de proximidade, continuidade e de acesso equitativo e privilegiado aos cuidados de saúde¹, ao nível da prevenção primária, encaramos a família como o contexto privilegiado para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, pelo que os cuidados de enfermagem antecipatórios à criança deverão privilegiar o seu envolvimento, participação e capacitação possíveis através de uma dinâmica de parceria de cuidados e de negociação presentes numa abordagem de cuidados centrados na família².

Assim, suportando-nos no contributo de autores como Neuman, normativos da Direção-Geral da Saúde (DGS) e da Ordem dos Enfermeiros (OE), enumeramos como princípios orientadores do presente projeto:

- ✿ A criança como um sistema aberto, cujo *continuum* bem-estar/mal-estar é influenciado pelo ambiente (interno, externo e criado), e pelos stressores que lhe estão associados, pelo que a prestação de cuidados de enfermagem a nível primário tem como principal objetivo a negentropia desse sistema;
- ✿ O reconhecimento do potencial para a aprendizagem do cérebro humano durante os três primeiros anos de vida da criança, em que os pais têm oportunidade para otimizar o desenvolvimento dos filhos;
- ✿ Os cuidados de enfermagem são prestados com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da criança e no respeito pelos princípios da beneficiência, não-maleficiência e autonomia da criança e da sua família;
- ✿ A filosofia de cuidados centrados na família reconhece-a como uma constante na vida da criança;
- ✿ A promoção de competências de parentalidade positiva reconhecida como estratégia de prevenção de maus-tratos infantis e de promoção do desenvolvimento infantil nos primeiros cinco anos de vida;
- ✿ Os cuidados antecipatórios previstos no PNSIJ considerados como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença da criança³;

- ✿ A comunicação e complementaridade entre os profissionais de saúde, com foco nas necessidades da criança e da sua família, garante a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a redução da probabilidade de erro ou omissão¹.

¹ *Plano Nacional de Saúde 2012-2016, 3.2 – Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Ministério da Saúde, 2012. http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf

² *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Ordem dos Enfermeiros, 2011a. <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>

³ *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção-Geral da Saúde, 2013. www.dgs.pt/

2. CLARIFICAÇÃO DE CONCEITOS

Por forma a facilitar a compreensão e concretização deste projeto, consideramos importante clarificar os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, enquanto conceitos metaparadigmáticos no âmbito da área especializada de enfermagem de saúde da criança e do jovem.

Para a clarificação destes conceitos, que sustentam o presente projeto, reconhecemos os contributos do modelo de Betty Neuman, a importância da CIPE como uma linguagem essencial à prática de enfermagem. Recorremos ainda a outras fontes de cariz científico, bem como às orientações emanadas pelo colégio da especialidade de saúde da criança e do jovem.

SAÚDE

A saúde constitui um processo contínuo e dinâmico de otimização do estado de bem-estar da criança, cuja variação está relacionada com a satisfação das necessidades inerentes a cada etapa do desenvolvimento infantil e, conseqüentemente, com a adaptação da criança aos stressores decorrentes das transições normativas e acidentais, sem nunca a dissociar da sua família¹.

PESSOA

O conceito de pessoa, na área de especialidade em saúde da criança e do jovem, não pode ser dissociado do binómio criança e família.

Criança, nos termos da Convenção sobre os Direitos da Criança², é toda a pessoa com idade inferior a 18 anos, “dependente dos cuidados da família, como forma de suprimir as suas necessidades com vista ao seu crescimento e desenvolvimento saudável, ao adquirir novas capacidades e conhecimentos que lhe permite ser progressivamente mais independente, até alcançar a autonomia”¹.

Família é considerada como um sistema aberto, em estreita relação com o ambiente, caracterizada pela dependência recíproca existente entre as partes e o todo, cujas relações interpessoais lhe dão coesão e onde a variação de um dos seus

elementos origina variações em todos os outros, pelo que essa mudança vai provocar a mudança de todo o sistema familiar e na sua estrutura interacional (Figueiredo, 2009; Jajic, Andrews & Jones, 2011). A assunção das responsabilidades inerentes ao exercício da parentalidade ^{a)} visa “a socialização e a educação da criança, satisfazendo as suas necessidades básicas e individuais” ³, constituindo um contexto determinante para a otimização do crescimento e desenvolvimento infantil ¹.

^{a)} positive Parenting refers to parental behaviour that respects children’s best interests and their rights (...). The positive parent nurtures, empowers, guides and recognises children as individuals in their own right. Positive parenting is not permissive parenting: it sets the boundaries that children need to help them develop their potential to the fullest. Positive parenting respects children’s rights and raises children in a non-violent environment (Council of Europe, s.d.).

AMBIENTE

O ambiente onde a criança vive, cresce e se desenvolve proporciona estímulos intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, os quais deverão promover a sua saúde, a sua independência e o seu desenvolvimento. O reconhecimento destas forças ambientais (fatores protetores e stressores), associadas às vivências da criança, é essencial para a prática de enfermagem especializada na saúde da criança e do jovem, dada a sua capacidade para alterar a estabilidade do sistema ^{1, 4}.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A intencionalidade terapêutica dos cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem é promotora das competências da criança, para a maximização e potenciação da sua saúde, e do crescimento e desenvolvimento infantil, numa perspetiva de cuidados centrados na família ^{b)}, reconhecendo e valorizando as suas forças e competências como recursos. A parceria efetiva de cuidados à criança deve ser vista à luz de um paradigma integrativo e holístico, perspetivando a capacitação familiar para a gestão proficiente dos cuidados aos seus filhos, em diferentes domínios do percurso assistencial¹.

^{b)} family-centered care (FCC) is a collaborative approach to health care that recognizes the family perspective as central to medical decision-making and responds directly to family concerns and priorities. Key principles of FCC include partnership, respect, trust, information sharing, collaboration, and a willingness to negotiate. Suggested benefits of family-centered care include a stronger family-provider alliance, improved clinical decision making, more efficient use of health care resources, and increased

family satisfaction with care, likely through empowering the family in self-management. FCC has been described as essential to health care reform (Kuo, Frick & Minkovitz, 2011, p.1229).

¹ *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de saúde da criança e do jovem.* Ordem dos Enfermeiros, 2011a. <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>

² *A Convenção sobre os Direitos da Criança.* UNICEF, 1990. http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

³ *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* Ordem dos Enfermeiros, 2011b.

⁴ *The Neuman Systems Model.* Neuman, 2011.

3. FINALIDADE

- ✿ Promover, no âmbito do PNSIJ, a máxima eficácia da organização dos cuidados em enfermagem, numa procura permanente da excelência no exercício profissional no âmbito da intervenção primária promotora de competências parentais, tendo em vista a harmonia do desenvolvimento infantil entre os 0 e os 5 anos, bem como a maximização do potencial de bem-estar de saúde da criança e da sua família.

4. OBJETIVOS

GERAIS

- Aprofundar o conhecimento acerca as necessidades expressas pelos pais das crianças inscritas na USF inerentes ao exercício do seu papel parental no *continuum* bem-estar/doença;
- Capacitar a equipa de enfermagem para um melhor desempenho ao nível da promoção de competências parentais, no âmbito do PNSIJ;
- Capacitar as famílias para o desenvolvimento das suas potencialidades salutogénicas como resposta positiva às exigências de um ambiente em constante mutação.

ESPECÍFICOS

- Diagnosticar as necessidades expressas pelos pais das crianças inscritas na USF inerentes ao exercício do seu papel parental;
- Harmonizar práticas de diagnóstico, planeamento e avaliação inerentes ao cuidado em enfermagem, no que concerne à promoção de competências parentais, nas consultas de vigilância na USF e no domicílio.
- Fornecer informação orientadora nos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias, para maximização do potencial de desenvolvimento infantil.
- Criar e aproveitar oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde;
- Promover o encontro entre pais de filhos entre os 0 e os 5 anos, como oportunidade de partilha de experiências, preocupações e estratégias utilizadas.

5. DESCRIÇÃO DO PROJETO: DOMÍNIOS E DIMENSÕES DE INTERVENÇÃO

RESPONSÁVEL PELO PROJETO

FA, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

RESPONSÁVEIS PELA IMPLEMENTAÇÃO

CS, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

DW, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

FA, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

SJ, Enfermeira graduada, perita em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

SM, Enfermeira graduada, perita em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

DOMÍNIOS DA INTERVENÇÃO

Profissionais de Saúde

Utentes

POPULAÇÃO-ALVO

Grupo profissional: Equipa de Enfermagem da USFML (5 elementos).

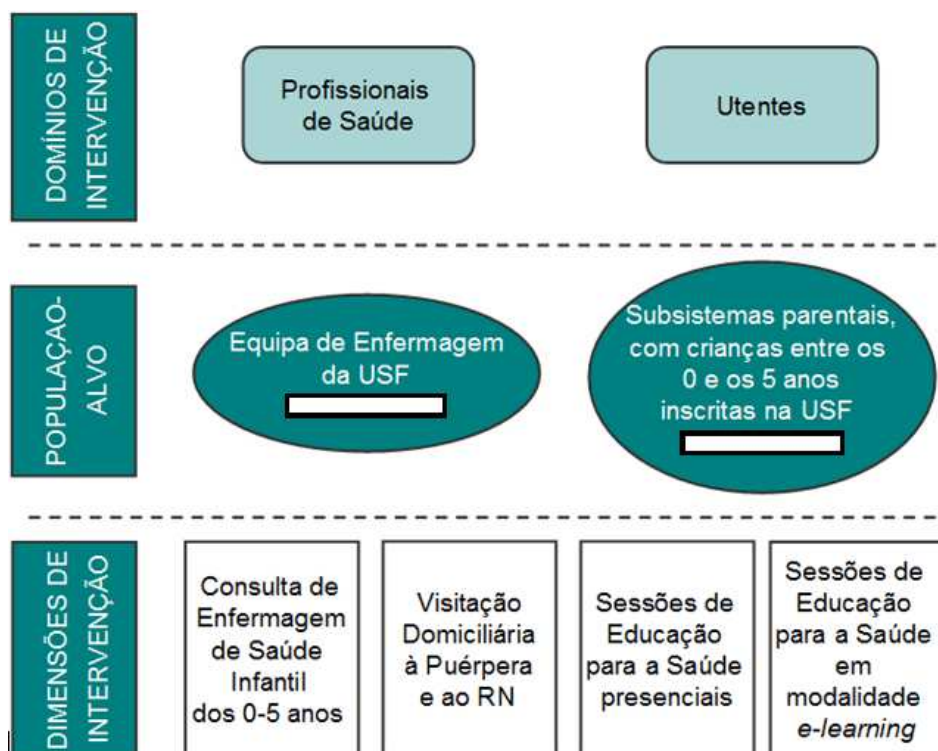
Grupo parental: Pais de crianças entre os 0 e os 5 anos, que estejam inscritas na USFML.

DIMENSÕES / ÁREAS DE INTERVENÇÃO

O projeto contempla uma abordagem por áreas de intervenção, que passamos a clarificar:

- Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil dos 0 aos 5 anos – prevê cuidados de enfermagem harmonizados, coerentes e continuados orientados para a satisfação das necessidades parentais potenciais ou reais, numa lógica de promoção do desenvolvimento infantil;
- Visitação Domiciliária à Puérpera e ao Recém-Nascido nos primeiros 15 dias de vida – apesar de ser uma consulta de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, apresenta-se como uma estratégia específica de promoção de competências parentais e reconhece uma maior vulnerabilidade parental e infantil no puerpério mediato;
- Sessões de Educação para a Saúde (presenciais e em modalidade *e-learning*) – orientados para a satisfação das necessidades parentais potenciais ou reais, tendo em conta a prevenção primária da estabilidade do subsistema parental e filial.

FIGURA 1. Modelo explicativo do programa



5.1. Domínio de Intervenção: Profissionais de Saúde

Objetivo Geral: Capacitar a equipa de enfermagem para um melhor desempenho ao nível da promoção de competências parentais, no âmbito do PNSIJ.					
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos			Indicadores de avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Harmonizar práticas de diagnóstico, planeamento e avaliação inerentes ao cuidado em enfermagem, no que concerne à promoção de competências parentais, nas consultas de vigilância na USF e no domicílio.	<p>Construção de Manual de Boas Práticas em Saúde Infantil e Juvenil (MBPSIJ), utilizando metodologias de organização dos cuidados de Enfermagem promotoras da qualidade, que incluia:</p> <p>Processo de cuidados em enfermagem, na consulta de vigilância em contexto institucional e domiciliário;</p> <p>Critérios de implementação de visitação domiciliária à criança que apresente essa necessidade (tendo em conta as fragilidades no subsistema parental);</p> <p>Metodologia de registo sensível ao processo de enfermagem.</p>	Enfermeiras da USFML	<p>Documentos de suporte a considerar: PNSIJ, PN de Vacinação, Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, PN de Saúde Oral, SN Intervenção Precoce Infância, Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor, PN para a Saúde Mental, Guias Orientadores de Boas Práticas OE)</p> <p>Retroprojektor</p> <p>Computador</p>	<p>Construção de proposta até Julho de 2014</p> <p>Apresentação e validação com a equipa de enfermagem em Agosto de 2014</p> <p>Retificações em Setembro de 2014</p>	Existência do MBPSIJ em Dezembro de 2014, operacionalizável pela equipa de enfermagem.
	Supervisão e monitorização de atividades que concretizam as intervenções de enfermagem na área de especialidade em Enfermagem de Saúde da Criança e do jovem, descritas no MBPSIJ.			<p>Quadro sinótico dos cuidados de enfermagem antecipatórios a implementar (a realizar após MBPSIJ operacionalizável)</p>	<p>Anual, durante o primeiro triénio de implementação do projeto.</p>

5.2. Domínio de Intervenção: Utentes

Objetivo Geral: Aprofundar o conhecimento acerca as necessidades expressas pelos pais das crianças inscritas na USF inerentes ao exercício do seu papel parental no <i>continuum</i> bem-estar/doença.					
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos			Indicadores de avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Diagnosticar as necessidades expressas pelos pais das crianças inscritas na USF inerentes ao exercício do seu papel parental.	<p>Aplicação de questionário eletrónico, de preenchimento <i>online</i>, anualmente.</p> <p>Formulação anual de um diagnóstico de situação que traduza as necessidades expressas pelos pais no exercício do seu papel.</p>	População- alvo: grupo parental Enfermeiras da USFML	<p>Dissertações de Mestrado e Teses de Doutoramento diversas orientadas para a identificação de necessidades parentais.</p> <p>Escala de Preocupações Parentais (veja anexo 1)</p> <p>Questionário eletrónico a elaborar até Dezembro 2014</p> <p>Base de dados Excel a elaborar até Dezembro 2014</p>	<p>Aplicação semestral.</p> <p>Relatório parcial semestral (Julho).</p> <p>Relatório final anual (Dezembro).</p>	<p>Porcentagem de população-alvo com cumprimento no preenchimento do questionário de deteção das necessidades parentais.</p> <p>Meta 2014 – 25%</p> <p>Meta 2015 – 50%</p> <p>Meta ≥ 2016 – 75%</p>

Objetivo Geral: Capacitar as famílias para o desenvolvimento das suas potencialidades salutogénicas como resposta positiva às exigências de um ambiente em constante mutação.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos			Indicadores de avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>Fornecer informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias, para maximização do potencial de desenvolvimento infantil.</p> <p>Criar e aproveitar oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde;</p> <p>Promover o encontro entre pais com filhos entre os 0 e os 5 anos, como oportunidade de partilha de experiências, preocupações, estratégias utilizadas.</p>	<p>Operacionalização do MBPSIJ;</p> <p>Realização de visitação domiciliária, nas situações previstas no MBPSIJ;</p> <p>Programação semestral das sessões de educação para a saúde a realizar em grupo;</p> <p>Divulgação das Sessões de Educação para a Saúde Presenciais e de modalidade <i>e-learning</i> disponíveis;</p> <p>Elaboração de planos de sessões de educação para a saúde em grupo;</p> <p>Elaboração de apresentações em formato Microsoft Office PowerPoint, numa lógica de cuidados antecipatórios;</p> <p>Concretização das sessões de educação para a saúde em grupo planeadas;</p> <p>Realização de vídeos para visualização em casa, prevendo a satisfação de necessidades parentais para promoção do desenvolvimento infantil;</p> <p>Revisão/ elaboração dos folhetos e panfletos existentes/ necessários;</p> <p>Criação de fórum discussão <i>google</i>, a ser dinamizado pela equipa de saúde da USFML.</p>	Enfermeiras da USFML	<p>MBPSIJ da USFML;</p> <p>Mala de apoio à visita domiciliária;</p> <p>Diagnóstico de situação elaborado a partir das necessidades expressas pelos pais das crianças inscritas na USF inerentes ao exercício do seu papel parental;</p> <p>Escala de Stress Parental (veja anexo 2)</p> <p>Escala de Satisfação Parental (veja anexo 3)</p>	<p>Atividade 1 e 2 cumpridas até Setembro de 2014.</p> <p>Atividades 3, 4 e 5 de Abril a Maio de 2015</p> <p>Restantes atividades a cumprir a partir de Junho 2015.</p>	<p>Indicadores de monitorização dos CSP (veja anexo 4):</p> <p>Proporção crianças 1 ano, c/ acompanhamento adequado [≥ 2014 – 68%];</p> <p>Proporção crianças 2 anos, c/ acompanhamento adequado [≥ 2014 – 78,8%];</p> <p>Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem [≥ 2014 – 62%];</p> <p>Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida [≥ 2014 – 60%].</p> <p>N.º de sessões de educação para a saúde realizadas (3/semestre)</p> <p>Percentagem de população-alvo com cumprimento no preenchimento da Escala de Stress Parental e de Satisfação Parental [2015 – 35%; ≥ 2016 – 50%]</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu-Lima, I.; Alarcão, M.; Almeida, A. T.; Brandão, T.; Cruz, O.; Gaspar, M. F.; & Ribeiro dos Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental. Relatório 2007-2010*. Acedido em 08/05/2013. Disponível em http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3496&m=PDF.
- Algarvio, Leal & Maroco (2010). Escala de Preocupações Parentais. In Leal & Maroco. *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade*. Porto: Legis Editora (pp. 131-146).
- Cordeiro, M. (2011). *O grande livro do bebé. O primeiro ano de vida* (7ª Ed.). Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Council of Europe (s.d.). Building a Europe for and with children. Acedido em 14/06/2013. Disponível em <http://www.coe.int/t/dg3/familypolicy/Source/Plaqueette%20positive%20parenting%20ENG.pdf>
- DGS (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em 01/06/2013. Disponível em www.dgs.pt/
- Figueiredo, H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Acedido em 20/03/2013. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Jajic, A.; Andrews, H & Jones, C (2011). The Client System as Family, Group, or Community. In B. Neuman & J. Fawcett, *The Neuman Systems Model* (5ª ed., 70-88). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Kuo, D., Frick, K. & Minkovitz, C. (2011). Association of Family-Centered Care with Improved Anticipatory Guidance Delivery and Reduced Unmet Needs in Child Health Care. *Maternal and Child Health Journal* 15(8), 1228-1237. Obtido em 15

de Novembro 2012 de Springer Link:
<http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10995-010-0702-8>

- Martins, C. (2009). *Transição para a parentalidade: Uma revisão sistemática da literatura*. In M. C. Barbieri et al. *Linha de Investigação em Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em 22/06/2013. Disponível em http://www.esenf.pt/fotos/editor2/enfermagem_de_familia.pdf
- Martins, Leal & Maroco (2010). Escala de Satisfação Parental. In Leal & Maroco. *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade*. Porto: Legis Editora (pp.211-224).
- Ministério da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016,3.2 – Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Acedido em 13/11/2012. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf
- Ministério da Saúde (2013). *Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários (2ª ed.)*. Acedido em 14/02/2014. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/R_DOC_BI_DETALHADO_2013_10_01.pdf.
- Mixão, Leal & Maroco (2010). Escala de Stress Parental. In Leal & Maroco. *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade*. Porto: Legis Editora (pp. 199-210).
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman & J. Fawcett, *The Neuman Systems Model (5ª ed., 3-33)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- OPSS (2011). *Relatório Primavera 2011. Da depressão à crise para a governação prospectiva da saúde*. Acedido em 22/04/2013. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf
- OPSS (2012). *Relatório Primavera 2012. Crise & Saúde. Um país em sofrimento*. Acedido em 25/04/2013. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf
- OE (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em 01/05/2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

- OE (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido em 01/05/2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_adoptadoAG_20Nov2010.pdf
- OE (2011a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de saúde da criança e do jovem. Acedido em 15/11/2012. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>
- OE (2011b). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Ed. Portuguesa). Santa Maria da Feira: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2
- Relvas, A. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à Terapia Familiar*. Coimbra: Quarteto.
- UNICEF (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Portugal: UNICEF. Acedido em 01/01/2013, de UNICEF Portugal: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Escala de Preocupações Parentais
(Algarvio, Leal & Maroco, 2010)

As questões que se seguem pedem-lhe a sua opinião acerca do que o/a preocupa actualmente em relação ao seu filho7a. Responda, por favor, a cada uma das questões colocando um círculo na opção que considera mais adequada à sua situação. Se achar que a questão não lhe diz respeito, não preencha, deixando o espaço em branco.

Item		Muitíssimo	Bastante	Razoavelmente	Pouco	Nada
1	Preocupa-me o meu filho ter medo do escuro	1	2	3	4	5
2	Preocupa-me o meu filho ter pesadelos	1	2	3	4	5
3	Preocupa-me o meu filho controlar dificilmente os seus comportamentos	1	2	3	4	5
4	Preocupa-me o meu filho não me obedecer	1	2	3	4	5
5	Preocupa-me o que o meu filho deve comer	1	2	3	4	5
6	Preocupa-me os pais não estarem de acordo quanto às regras e disciplina	1	2	3	4	5
7	Preocupa-me se o meu filho tem o que precisa na escola	1	2	3	4	5
8	Preocupa-me saber como preparar o meu filho para mudar de casa	1	2	3	4	5
9	Preocupa-me o meu filho entender o que é a morte	1	2	3	4	5
10	Preocupa-me o meu filho queixar-se de dores de cabeça	1	2	3	4	5
11	Preocupa-me o meu filho ter o sono agitado	1	2	3	4	5
12	Preocupa-me o meu filho fazer birras	1	2	3	4	5
13	Preocupa-me a educadora/professora entender o meu filho	1	2	3	4	5
14	Preocupa-me os pais discutirem muito	1	2	3	4	5
15	Preocupa-me o meu filho não querer ir para a cama	1	2	3	4	5
16	Preocupa-me o meu filho ser mandão e exigente	1	2	3	4	5
17	Preocupa-me o meu filho ser sujeito a maus-tratos	1	2	3	4	5
18	Preocupa-me o que deve ser dito à criança em caso de separação de pais	1	2	3	4	5
19	Preocupa-me o meu filho ter medos	1	2	3	4	5
20	Preocupa-me o meu filho queixar-se muito	1	2	3	4	5
21	Preocupa-me o meu filho queixar-se de dores de barriga	1	2	3	4	5
22	Preocupa-me o meu filho entender a morte de alguém próximo	1	2	3	4	5
23	Preocupa-me o meu filho não comer certos alimentos	1	2	3	4	5
24	Preocupa-me o meu filho ter medo do papão ou de monstros	1	2	3	4	5

Anexo 2. Escala de Stress Parental (Mixão, Leal & Maroco, 2010)

As seguintes afirmações descrevem sentimentos e percepções acerca da experiência de ser pai/mãe. Pense em cada um dos itens em termos de como é tipicamente a sua relação com o seu filho(a) ou filhos. Por favor, indique até que ponto concorda ou discorda dos seguintes itens, colocando um círculo na opção que considera mais adequada à sua situação.

Item		Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1	Estou contente no meu papel de pai (mãe)	1	2	3	4	5
2	Faço tudo o que for preciso pelo(s) meu(s) filho(s)	1	2	3	4	5
3	Cuidar do(s) meu(s) filho(s) por vezes exige mais tempo e energia do que aquele que tenho para dar	1	2	3	4	5
4	Às vezes penso se faço o suficiente pelo(s) meu(s) filho(s)	1	2	3	4	5
5	Sinto-me próximo do(s) meu(s) filho(s)	1	2	3	4	5
6	Gosto de passar tempo com o(s) meu(s) filho(s)	1	2	3	4	5
7	O(s) meu(s) filho(s) é uma importante fonte de afeto para mim	1	2	3	4	5
8	A maior fonte de stress na minha vida é o(s) meu(s) filho(s)	1	2	3	4	5
9	Ter um filho(s) deixa-me pouco tempo e não me permite uma grande flexibilidade na minha vida	1	2	3	4	5
10	Ter um filho(s) tem sido um peso financeiro	1	2	3	4	5
11	É difícil contrabalançar diferentes responsabilidades por causa do(s) meu(s) filho(s)	1	2	3	4	5
12	O comportamento do(s) meu(s) filho(s) é muitas vezes embaraçador ou stressante para mim	1	2	3	4	5
13	Se fizesse tudo de novo decidia não ter filho(s)	1	2	3	4	5
14	Eu sinto-me oprimido(a) pela responsabilidade de ser pai (mãe)	1	2	3	4	5
15	Ter um filho(s) significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida	1	2	3	4	5
16	Sinto-me satisfeito(a) como pai(mãe)	1	2	3	4	5
17	Acho o(s) meu(s) filho(s) adoráveis	1	2	3	4	5

Anexo 3. Escala de Satisfação Parental (Martins,
Leal & Maroco, 2010)

Apresentam-se de seguida várias afirmações sobre parentalidade. Num momento ou noutro, a maioria das pessoas têm muitos dos pensamentos contidos nessas afirmações. Gostaríamos de saber com que frequência é que tem ou tem tido esses pensamentos. Não existem respostas certas ou erradas, apenas responda às questões o mais rapidamente possível, assinalando o número que melhor se lhe adequa para cada afirmação.

	1	2	3	4	5	6	7
Discordo Sempre		Discordo Frequentemente	Discordo Ocasionalmente	Não Concordo nem Discordo	Concordo Ocasionalmente	Concordo Frequentemente	Concordo Sempre

- 1 Tenho um grande prazer em ser mãe/pai ____
- 2 Estar com o(s) meu(s) filho(s) é uma grande fonte de satisfação para mim ____
- 3 Sinto-me feliz como mãe/pai, de uma forma geral ____
- 4 Observar os filhos a crescer e a desenvolverem-se é especialmente satisfatório ____
- 5 A maternidade/paternidade é o aspeto mais importante da vida ____
- 6 Divirto-me frequentemente com o(s) meu(s) filho(s) em casa ____
- 7 O(s) meu(s) filho(s) limita(m) a minha liberdade ____
- 8 Comparando com um emprego fora de casa, a educação do(s) meu(s) filho(s) é mais satisfatória ____
- 9 Para mim, ser mãe/pai é um dos maiores objetivos na vida ____
- 10 Ser capaz de providenciar um bom lar para o(s) meu(s) filho(s) tem sido a grande fonte de satisfação para mim ____
- 11 A educação do(s) meu(s) filho(s) é uma das coisas mais estimulantes que posso imaginar ____
- 12 Tento estar com o(s) meu(s) filho(s) o mais que posso, porque é sempre um prazer para mim ____
- 13 Ser mãe/pai sempre foi agradável para mim ____

- 14 Fico contente só de pensar nos momentos que passo com o(s) meu(s) filho(s) ____
- 15 Ser mãe/pai é a melhor forma para alcançar a realização pessoal ____
- 16 Gosto muito de falar sobre o(s) meu(s) filho(s) ____
- 17 É difícil ficar preso em casa com os filhos ____
- 18 Adoro passar o tempo a ver o(s) meu(s) filho(s) ____
- 19 Estar com o(s) meu(s) filho(s) é mais aborrecido do que eu esperaria ____

A escala que se segue representa diferentes graus de satisfação no papel de mãe/pai.

- 20 Por favor, **marque o número** que melhor descreve o seu grau de satisfação em ser mãe/pai

1	Extremamente Insatisfeito
2	Bastante Insatisfeito
3	Pouco Insatisfeito
4	Satisfeito
5	Muito Satisfeito
6	Extremamente Satisfeito
7	Não poderia ser melhor

Anexo 4. Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários (Ministério da Saúde, 2013)

013	Código	Cód. SIARS	Nome abreviado
	6.42.01	2013.013.01	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem
Designação			
Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem			
Objetivo			
Monitorização do programa de vigilância em saúde materna, área dos cuidados domiciliários de enfermagem a puérperas.			
Descrição do indicador			
Indicador que exprime a proporção de puérperas que receberam visita domiciliária de enfermagem. Numerador: Contagem de puérperas com pelo menos uma visita domiciliária de enfermagem. Denominador: Contagem de puérperas.			

015	Código	Cód. SIARS	Nome abreviado
	6.43.01	2013.015.01	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida
Designação			
Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida			
Objetivo			
Monitorizar os cuidados prestados aos recém-nascidos. Parâmetro "domicílios de enfermagem a recém-nascidos".			
Descrição do indicador			
Indicador que exprime proporção de recém-nascidos, que tiveram pelo menos um domicílio de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida. Numerador: Contagem de recém-nascidos que tiveram pelo menos um domicílio de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida. Denominador: Contagem de recém-nascidos.			

058	Código	Cód. SIARS	Nome abreviado
	6.31	2013.058.01	Proporção crianças 1 ano, c/ acompanham. adequado
Designação			
Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida			
Objetivo			
Monitorizar o programa de saúde infantil, 1º ano de vida.			
Descrição do indicador			
Indicador que exprime a proporção de crianças com 1 ano de vida, com acompanhamento de acordo com as normas da DGS. Numerador: Contagem de crianças com acompanhamento adequado. Denominador: Contagem de crianças com 1 ano de vida.			

060	Código	Cód. SIARS	Nome abreviado
	6.32	2013.060.01	Proporção crianças 2 anos, c/ acompanh. adequado

Designação

Proporção de crianças com 2 anos de vida, com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 2º ano de vida

Objetivo

Monitorizar o programa de saúde infantil, 2º ano de vida.

Descrição do indicador

Indicador que exprime a proporção de crianças com 2 anos de vida, com acompanhamento de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Contagem de crianças com 2 anos de vida, que cumpriram a totalidade dos requisitos definidos para a vigilância durante o 2º ano de vida.

Denominador: Contagem de crianças com 2 anos de vida.

