



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Empowerment Parental: O Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria para a Capacitação Parental na comunidade

Cláudia Isabel Nilha Farias Ruas

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Empowerment Parental: O Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria para a Capacitação Parental na comunidade

Cláudia Isabel Nilha Farias Ruas

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

“Se mudarmos o começo da história, mudamos a história toda.”

Raffi Cavoukian, O Começo da Vida

AGRADECIMENTOS

Foi com motivação, que resolvi enfrentar este enorme desafio, mas no decorrer do percurso vários foram os momentos de desalento. Mas ao me aproximar do término quero aqui agradecer a todos aqueles que não me deixaram desanimar, que acreditaram em mim e me deram força sempre que necessitei de forma a poder concluir esta importante etapa da minha vida, decisiva não apenas para o meu crescimento profissional, mas também para a minha maturidade pessoal.

Agradeço à Senhora Professora Doutora Antónia Chora, pela orientação que me concedeu, sendo um contributo de inestimável valor para a elaboração deste documento, bem como, pela sua força inspiradora ao longo deste percurso académico.

À Enfermeira Rita Salvado, por partilhar e transmitir-me a sua experiência e sabedoria.

Às Enfermeiras orientadoras pela sua disponibilidade e pelo valioso contributo neste meu percurso através dos seus ensinamentos e partilhas.

A todos os colegas de curso, pelo apoio e partilha. Um obrigado, em particular à colega Ana Patrícia, que me acompanhou nesta etapa e por todos os momentos que partilhamos.

Agradeço à minha família, principalmente aos meus pais, pelo apoio e substituição em algumas das tarefas que deixei de desempenhar para investir nesta formação.

A todos os pais que contribuíram para este trabalho, através da sua disponibilidade para o preenchimento dos questionários.

A todas as crianças e famílias de quem cuidei pois sem elas esta aprendizagem não seria possível.

Agradeço ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde [ULS], pelo voto de confiança. Às minhas colegas da UCSP pela disponibilidade de trocas de horários.

Termino com um agradecimento especial ao meu esposo Fernando que me incentivou a ingressar neste caminho. Pela paciência, apoio e carinho ao longo deste percurso académico.

Agradeço aos meus filhos por toda a sua compreensão, pelos abraços encorajadores e deixo aqui a promessa de que os irei recompensar mal termine esta tarefa.

RESUMO

A primeira infância é decisiva no desenvolvimento do ser humano, uma vez que é nesta fase que se perfilam princípios determinantes para as aprendizagens posteriores. Apesar de existirem capacidades inatas, existem outras que resultam da interação, como tal, é necessária uma aprendizagem e uma estimulação na primeira infância, isto porque o cérebro da criança tem grande potencial para a aprendizagem e os pais têm oportunidade para otimizarem o desenvolvimento da criança, contribuindo para a formação de uma personalidade mais saudável e equilibrada, o que construirá uma identidade positiva para as etapas futuras.

Apoiada na filosofia de cuidados centrados na família e no referencial teórico de Meleis, delineamos um projeto de intervenção com base na metodologia de projeto, definindo como principal objetivo o seguinte: desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a capacitação parental, através da promoção do desenvolvimento da criança na infância.

Recorrendo à análise reflexiva, este relatório retrata as atividades realizadas ao longo do percurso formativo e comprova o desenvolvimento das competências adquiridas.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Parentalidade, Desenvolvimento Infantil, Suporte parental.

ABSTRACT

Early childhood is decisive in the development of the human being, since it is at this stage that principles that determine the later learning are outlined. Although there are innate abilities, there are others that result from the interaction, as such, learning and stimulation in early childhood is necessary, because the child's brain has great potential for learning and parents have the opportunity to optimize the development of the child , contributing to the formation of a more healthy and balanced personality, which will build a positive identity for future stages.

Based on the philosophy of family-centered care and the theoretical framework of Meleis, we devised an intervention project based on the project methodology, defining as main objective the following: to develop competencies of Nursing Specialist in Child and Pediatric Health Nursing for the through the promotion of child development in childhood.

Using reflective analysis, this report describes the activities carried out along the training course and proves the development of the skills acquired.

KEYWORDS: Child and Pediatric Health Nursing, Parenting, Child Development, Parental Support.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalência de Perturbações Mentais na Primeira Infância numa população dinamarquesa (%)	33
Figura 2. Necessidades parentais quanto às necessidades físicas da criança e segurança	46
Figura 3. Necessidades parentais quanto ao Comportamento e desenvolvimento.....	47
Figura 4. Necessidades parentais quanto Comunicação	47
Figura 5. Necessidades parentais quanto Comunicação	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Avaliação das atividades que motivaram a equipa para a capacitação parental.	44
Tabela 2. Médias e Variâncias das respostas à Escala de Autopercepção da Necessidade de Conhecimentos dos pais para o Exercício da Parentalidade Positiva.	49

LISTA DE ABREVIATURAS

B.I.	Bilhete de Identidade
et al	e outros
min.	Minutos
n.º	Número
p.	Página

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CCF	Cuidados Centrados na Família
CEDP	Consulta Externa de Departamento de Pediatria
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNSM	Coordenação Nacional para a Saúde Mental
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DPM	Desenvolvimento Psicomotor
ENCPPP	Escala de Auto percepção da Necessidade de Conhecimentos dos Pais para o Exercício da Parentalidade Positiva
EE	Enfermeiro Especialista
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde de Infantil e Pediátrica
ELI	Equipa Local de Intervenção
GOBP	Guia Orientador de Boa Prática
NSCDC	<i>National Scientific Council on the Developing Child</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
OECOEA	Oficina de Educação e Cultura da Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PIIP	Plano Individual de Intervenção Precoce
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PSI	Plano de Saúde Individual

RN	Recém-Nascido
SIP	Saúde Infantil e Pediatria
SNIP	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SPCI	Sistema de Perfusão Contínua de Insulina
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UICD	Unidade de Internamento de Curta Duração
UIP	Unidade de Internamento de Pediatria
ULS	Unidade Local de Saúde
UMAD	Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. <i>TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE E PARENTALIDADE POSITIVA</i>	16
1.2. <i>DESENVOLVIMENTO INFANTIL - OS PROCESSOS E OS FATORES INTERVENIENTES</i>	21
1.3. <i>CUIDAR PARA A PARENTALIDADE</i>	25
1.3.1. Filosofia de Cuidados de Enfermagem e Teorias de Enfermagem	25
1.3.2. Estratégias de intervenção do EEESIP de apoio à parentalidade	29
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM	31
2.1. <i>DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO</i>	31
2.2. <i>DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS</i>	35
2.3. <i>PLANEAMENTO</i>	36
2.4. <i>EXECUÇÃO</i>	37
2.5. <i>AVALIAÇÃO</i>	42
2.5.1. Necessidade dos pais no exercício da parentalidade positiva - Análise de resultados	45
3. PERCURSO FORMATIVO	50
3.1. <i>ANÁLISE REFLEXIVA DAS APRENDIZAGENS E COMPETÊNCIAS INERENTES AO EEESIP</i>	51
3.1.1. Estágio I - Serviço de Urgência Pediátrica	52
3.1.2. Estágio Final	57
3.1.2.1. Consulta Externa do Departamento de Pediatria.	57
3.1.2.2. Unidade de Internamento de Pediatria.	62
3.1.2.3. Unidade Cuidados à Comunidade.	65
3.1.2.4. Unidade de Neonatologia.	69
4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE	71
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	81
ANEXOS I - AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	LXXXIV
ANEXOS II- QUESTIONÁRIO - ESCALA DE AUTOPERCEÇÃO DA NECESSIDADE DE CONHECIMENTOS DOS PAIS PARA O EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA (ENCPPP)	LXXXVI
ANEXO III - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	LXXXIX
ANEXO IV – MODELO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	XCI

ANEXO V- BILHETE DE IDENTIDADE DE INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO	XCIII
ANEXO VI- INDICE DE DESEMPENHO GLOBAL DA UCSP	XCVI
ANEXO VII – Nº DE CRIANÇAS INSCRITAS NA UCSP DOS 0 MESES AOS 3 ANOS	XCVIII
ANEXO VIII – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO SUPORTE AVANÇADO PEDIÁTRICO	C
ANEXO IX – PROGRAMA DO “VII ENCONTRO DE BENCHMARKING EM PEDIATRIA”	CII
ANEXO X – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “VII ENCONTRO DE BENCHMARKING EM PEDIATRIA”	CIV
ANEXO XI – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “ V ENCONTRO DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DE INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DA ULSBA”	CVI
APÊNDICES	CX
APÊNDICE I - PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	CXI
APÊNDICE II - CRONOGRAMA DO PLANEAMENTO DE PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	CXV
APÊNDICE III - RESULTADOS DE ANÁLISE SWOT	CXVII
APÊNDICE IV - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO	CXIX
APÊNDICE V - SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO	CXXII
APÊNDICE VI - GUIA DE BOLSO	CXXVII
APÊNDICE VII - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À AUTORA DO QUESTIONÁRIO	CXXX
APÊNDICE VIII - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	CXXXII
APÊNDICE IX - CONSENTIMENTO INFORMADO	CXXXVI
APÊNDICE X - CRONOGRAMA DOS ESTÁGIOS	CXXXVIII
APÊNDICE XI - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	CXL
APÊNDICE XII - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA	CXLIII

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente documento surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. A sua elaboração tem como propósito relatar o percurso académico na área de especialização de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, através de uma análise crítica das experiências e aprendizagens essenciais ao desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas de Enfermeira Especialista [EE]. Mas também tem como finalidade a identificação de uma necessidade no domínio da Saúde Infantil [SI] no contexto da prática profissional, para a implementação de um programa de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em contexto de Cuidados de Saúde Primários [CSP].

A escolha do projeto de melhoria dos cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tem por base a linha de investigação da “Segurança e Qualidade de Vida” e centra-se nos contributos do Enfermeiro Especialista na capacitação dos pais de crianças até três anos de idade. Com este trabalho de projeto pretende-se a obtenção de um referencial para a prática especializada, com intervenções direcionadas na promoção da saúde e na orientação e identificação dos cuidados adequados à estimulação do máximo potencial do desenvolvimento da criança. Apesar de o investimento ter sido direcionado para a necessidade de capacitação dos pais na comunidade, importa realçar que foram trabalhadas todas as competências, nos vários contextos onde a criança/jovem e família estavam presentes, de forma a responder globalmente à realidade pediátrica, não nos cingindo à área temática selecionada. Para culminar o percurso e obter o grau de mestre, cumpre-nos o dever de dar resposta ao descrito na alínea b) do ponto 1 do Artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016, p. 3176), que especifica a necessidade de “(...) um estágio de natureza profissional objeto de relatório final(...)” para discussão pública.

As responsabilidades parentais e a necessidade de fornecer aos pais um apoio suficiente na educação dos seus filhos, é realçado e reconhecido pelo Conselho Europeu, sendo que este órgão é uma rede de organizações e indivíduos da Europa que trabalham para promover os direitos e o bem-

estar das crianças e jovens. Esta organização destaca alguns princípios a ter em conta nos serviços de apoio aos pais, nomeadamente, que as crianças e jovens são reconhecidos como cidadãos de pleno direito, pertencentes a uma família, que no seu seio se desenvolvem, tendo cada vez mais controle sobre suas vidas e influência sobre as políticas e decisões que os afetam (*Eurochild* 2015). O Conselho Europeu salienta que o apoio às famílias e aos pais é um investimento necessário em todos os contextos, considerando-o como premissa essencial para a construção de comunidades resilientes e sociedades coesas. Realça ainda que intervenções como redes comunitárias de apoio aos pais facilitam a aprendizagem e o desenvolvimento, o que se repercute favoravelmente na autoestima dos pais e nas suas competências, influenciando o bem-estar, o desenvolvimento e qualidade de vida das crianças (*Eurochild* 2015). Com base nos princípios referidos, justificamos o enquadramento da temática na linha de investigação “Segurança e qualidade de vida”.

Conforme descrito nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, a família é como um conjunto de indivíduos com responsabilidades em prestar cuidados à criança/jovem, assumindo-se como determinante no seu crescimento e desenvolvimento (OE, 2017). Considerando que são áreas de primazia para a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica [EESIP] a “maximização e potenciação da saúde; a promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios; a promoção da vinculação (...); o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família como um recurso para a intervenção”. (OE, 2017, p.4). O EESIP deve assim, avaliar o desempenho parental dos pais para cuidar da criança e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (OE, 2018). Capacitando as famílias para a assunção plena dos seus papéis, nomeadamente, disponibilizar o suporte essencial para dotar os pais de “competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos, visando a sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada em diferentes domínios do percurso assistencial” (OE, 2017, p.5). Dando resposta a uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica [EESIP], nomeadamente, o dever de implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (OE, 2018).

A parentalidade é descrita como uma das transições mais importantes na vida das pessoas, sendo que a sua transição é “um fenómeno complexo, que envolve diferentes estádios de crescimento, físico e psicológico” (Henriques, C., Santos, M. Caceiro, E., Ramalho, S. 2015, p.64). O período de transição para a parentalidade é considerado de grande vulnerabilidade, sendo por isso merecedor de uma atenção especial por parte dos enfermeiros, tendo em vista não apenas o período

preparatório, mas também a fase em que se passa por este momento de mudança, preparando os progenitores para a aquisição e aplicação das competências parentais.

Considerando a infância uma etapa profundamente desafiante sob todas as dimensões do crescimento e desenvolvimento, importa então, capacitar os pais para a adequada prestação de cuidados à criança, ambicionando assim o alcance de todos os pressupostos essenciais a uma parentalidade positiva.

Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] os “programas de educação parental visam melhorar a habilidade para criar os filhos, aumentar os conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, e estimular estratégias positivas para lidar com crianças e adolescentes. Programas de educação parental são muito promissores na prevenção de maus-tratos e na promoção de comportamentos positivos de pais, mães e filhos” (OMS, 2014, p. 71). A OMS recomenda os programas de educação parental, como estratégia para a prevenção da violência, uma vez que estes contribuem para “desenvolver relacionamentos seguros, estáveis e protetores entre crianças e seus genitores e cuidadores” (OMS, 2014, p.VIII). A OMS realça ainda “o impacto que o relacionamento inicial entre crianças e seus cuidadores exerce sobre o desenvolvimento estrutural e funcional do cérebro, e o subsequente desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança” (OMS, 2014, p.30).

Assim compete o EEESIP a “avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida” (OE, 2018, p.19192).

Neste seguimento, e com o propósito de identificar áreas de intervenção de enfermagem que visem a maximização da saúde da criança, estruturámos como questão de partida do projeto:

- Como pode o EEESIP capacitar as famílias para o desenvolvimento das suas potencialidades, como resposta positiva à promoção do desenvolvimento infantil na primeira infância?

A necessidade de atuar perante este tema deveu-se primeiramente porque consideramos que ao capacitar as famílias, promove-se e fortalece-se relacionamentos e interações, e por conseguinte promove-se o desenvolvimento da criança, mas também porque no relatório mundial sobre a prevenção da violência da OMS em 2014, revelaram benefícios de programas que promovem um

relacionamento inicial entre as crianças e cuidadores, nomeadamente programas de visitação familiar que se constituem como uma mais-valia, já que, originaram uma redução dos maus-tratos à criança numa percentagem a rondar os 39% (OMS, 2014). Apesar de serem vários os documentos normativos internacionais e nacionais a evidenciarem a importância dos programas de educação parental para a promoção do desenvolvimento infantil, eleva-se a questão de o porquê desses programas não estarem instituídos como prática generalizada. Esta questão ganhou ainda mais pertinência ao longo dos estágios, com a reflexão sobre os diferentes momentos de observação, de práticas, de partilhas de opiniões com os orientadores e enfermeiros nos diferentes locais de estágio.

Perspetivando o percurso formativo e a melhoria da prática de cuidados na área da saúde da criança, definimos assim, como **objetivo geral**:

- Desenvolver competências de EEESIP na capacitação parental, para a promoção do desenvolvimento da criança na primeira infância;

Perante esta temática, e recorrendo aos princípios descritos no Plano Nacional de Saúde Infanto Juvenil [PNSIJ], o EESIP deve de orientar a sua prática no sentido de "uma deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção; (...) um investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento (...); a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e a outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade" (DGS, 2013, p.3).

Neste contexto, como **objetivos específicos** delineámos:

- Aprofundar o conhecimento teórico sobre as temáticas abordadas, através da mais recente evidência científica;
- Identificar estratégias de intervenção promotoras da parentalidade positiva;
- Sensibilizar os enfermeiros para a promoção do desenvolvimento da criança;
- Identificar as necessidades dos pais no exercício da parentalidade;
- Adquirir competências do EEESIP nos diferentes contextos de estágio;

Estruturalmente, este relatório contempla um ponto onde se faz uma revisão da literatura efetuada para conceptualizar o exercício da parentalidade positiva, concebendo-o como um momento transitório focado no superior interesse da criança, com a especificação do processo e

fatores intervenientes do desenvolvimento da criança. Este ponto contempla ainda conceitos essenciais da prática de enfermagem contemporânea, nomeadamente, os Cuidados Centrados na Família [CCF], Parceria de Cuidados e a Teoria de Enfermagem de Afaf Meleis. A seleção da Teoria das transições de Afaf Meleis como referencial neste percurso é justificada, na medida em que o objetivo é proporcionar cuidados de enfermagem promotores da transição para a parentalidade e adaptação aos diferentes estadios de desenvolvimento da criança. A Teoria das transições de Afaf Meleis preocupa-se com as experiências humanas, as respostas e consequências das transições sobre o bem-estar das pessoas, assim como, com as estratégias que os enfermeiros podem recorrer para cuidar e apoiar as pessoas para alcançarem os processos de transição saudáveis, bem como os resultados (Meleis, 2010).

O segundo ponto corresponde ao desenvolvimento da metodologia de projeto que diz respeito ao diagnóstico de situação, com a explicitação dos objetivos e planeamentos da respetivas atividades e competências a desenvolver como EEESIP e respetiva avaliação.

No terceiro ponto apresentamos o percurso realizado para o desenvolvimento de competências, sobre uma perspetiva reflexiva e analítica das vivências e aprendizagens nos diferentes contextos clínicos, integrando os documentos reguladores da profissão.

Finalmente, nas **Considerações Finais**, serão descritos os contributos deste percurso no desenvolvimento de competências que refletem o crescimento profissional, o seu impacto na prática diária com o enfoque nas perspetivas futuras para a prática de enfermagem sobre o resultado da implementação de um programa delineado por uma necessidade em contexto profissional. Por fim, serão referidas todas as obras citadas no decorrer do documento, seguidas dos anexos e apêndices considerados relevantes para a leitura e compreensão do texto.

Este trabalho encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico aceite em Portugal. A norma bibliográfica utilizada foi a American Psychological Association (APA) 6ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste ponto pretendemos apresentar os fundamentos teóricos da temática em estudo, nomeadamente os conceitos: transição para a parentalidade e Parentalidade Positiva, assim como, princípios teóricos e competências essenciais à promoção da parentalidade. Serão abordados ainda os princípios e determinantes do desenvolvimento infantil.

No ponto de cuidar para a parentalidade, apresentamos os contributos de teóricos que se debruçaram sobre a temática e de estratégias implementadas em programas de promoção da parentalidade facilitadores do desenvolvimento infantil. Ressaltamos que os conceitos selecionados foram os que mais influenciaram o processo de aprendizagem, dando sustento às práticas desenvolvidas e à elaboração deste relatório.

1.1. TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE E PARENTALIDADE POSITIVA

A possibilidade que é concedida relativamente ao exercício da parentalidade é garantidamente das mais desafiantes que qualquer ser humano, homem ou mulher, pode ter na sua vida. A responsabilidade que esta situação representa, as alterações que provoca, traduz-se numa envolvimento única e absolutamente apaixonante, agitadora de todo o contexto familiar (OE, 2015).

A temática da Parentalidade tem sido alvo de vários estudos científicos, sendo que vários corroboram com a ideia de que é uma das tarefas mais desafiantes e complexas da vida adulta. Comley e Mousmanis (2010) afirmam que o cuidar de uma criança é exigente emocionalmente, fisicamente e socialmente. Dada a exigência do cuidar, estes autores classificam a Parentalidade, como uma etapa muito desafiante e exigente, mencionando-a como a única atividade que é desenvolvida a tempo integral (Comley, Mousmanis, 2010). Também outros autores realçaram a complexidade do assumir do papel parental, principalmente se for o primeiro filho, que é sem dúvida, um desafio à maturidade, surgindo novas responsabilidades, com as quais os pais se sentem numa adaptação constante e progressiva (Pedro, Nugent, Young, & Brazelton, 2005). Segundo estes autores, “durante o desenvolvimento da criança, a adaptação é um princípio constante e uma condicionante do futuro” (Pedro, et al 2005, p.39).

Neste sentido, surge como foco de atenção privilegiado no âmbito deste relatório, a temática da parentalidade, que sendo uma área de relevo para a Enfermagem, define-se segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE®] versão de 2015, como: “Tomar Conta: assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação dum recém-nascido [RN] na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (OE, 2016, p.71). Perante esta conceção, promover a adaptação para a parentalidade em todas as dimensões é um domínio do saber dos enfermeiros, nomeadamente do EESIP, no entanto essa intervenção requer uma abordagem multidimensional e abrangente dos fatores que a influenciam.

Segundo o Guia Orientador de Boa Prática [GOBP] - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização “a adaptação à parentalidade é um processo de transição que tem riscos associados, porque a qualidade da interação e relação pais/filhos pode ser afetada ou posta em causa, sendo necessário compreender o modo como os pais experienciam a adaptação a este período de transição” (OE, 2015, p. 11). Este guia afirma ainda que “a parentalidade tem o potencial de promover a saúde e o bem-estar das crianças ou impedir que o modo como se processa o desenvolvimento físico e emocional cause problemas significativos a nível social e da saúde no futuro” (OE, 2015, p. 11). Perante o descrito, os profissionais de saúde e especialmente o EESIP, pode fazer diferença na promoção de competências parentais e no incremento da autoestima dos pais, tornando-se ainda mais necessários em fases críticas da família, como é o exemplo do nascimento de um filho. Uma intervenção dirigida às famílias possibilita a que estas ganhem mais segurança nas suas decisões e uma maior ponderação, sendo que estes comportamentos se irão inevitavelmente repercutir nos comportamentos dos filhos. No entanto para o enfermeiro promover as competências necessárias e assegurar o sucesso da adaptação à parentalidade é essencial perceber os fatores que a condicionam ou a promovem. O GOBP enumera alguns recursos condicionantes da parentalidade nomeadamente recursos internos, tais como a capacidade de “adaptação e integração (autoestima dos pais, o sentimento de adequação e sentirem-se capazes de lidar com a situação)” e recursos externos, especialmente os recursos comunitários e o suporte social (OE, 2015, p.16).

O GOBP recorrendo à designação originária de Winnicott, identifica que uma «parentalidade suficientemente boa» nos primeiros anos da criança facilita a vinculação e promove o sentimento de segurança da criança, aspetos determinantes no seu desenvolvimento e na sua autoestima. No entanto para o alcance de uma «parentalidade suficiente boa», são necessários alguns requisitos, nomeadamente, o **amor, cuidado e empenho** (é fundamental a criança constatar que é adorada siste-

maticamente e incondicionalmente); de **limites e controle consistente** (o estabelecimento de limites ajuda a criança a relacionar-se com o mundo exterior. A imposição de limites permite a adequação dos comportamentos à fase de desenvolvimento da criança, assim como, demonstrar-lhe que alguns comportamentos são inaceitáveis. Na educação da criança é indispensável a definição clara e objetiva de um conjunto razoável de regras e limites, aplicadas no entanto de forma afetuosa para que a criança as entenda e que as introduza nas suas tarefas diárias; da **facilitação do desenvolvimento** (promover o máximo potencial de desenvolvimento da criança nas diversas áreas (físico, intelectual, moral, estético e espiritual) (OE, 2015, p. 11).

O modelo integrativo de Hoghughi (2004), citado por Barroso & Machado (2010), acrescenta alguns requisitos, sugerindo onze dimensões da parentalidade e subdividindo-as em “**Atividades parentais** (conjunto de atividades necessárias para uma parentalidade suficientemente adequada), **Áreas funcionais** (principais aspetos do funcionamento da criança) e **Pré-requisitos** (conjunto de especificidades necessárias para o desenvolvimento da atividade parental)” (Barroso & Machado, 2010, p. 212-213). No que respeita às **atividades parentais**, estão incluídas dimensões como o **cuidado** (físico, emocional e social), a **disciplina** e o **desenvolvimento**.

Barroso & Machado (2010) citando Reader, Duncan & Lucey (2005), referem-se aos **cuidados físicos**, como a necessidade dos pais garantirem ao filho a alimentação, proteção, vestuário, higiene, hábitos de sono e precaução de acidentes ou de doenças ou tomada de decisões rápidas para a resolução de situações. Enquanto os **cuidados emocionais** agregam comportamentos e atitudes que asseguram o respeito pela criança, a perceção de ser estimado e o proporcionar oportunidades para gerir riscos e fazer as suas escolhas, os **cuidados sociais** permitem que a criança não seja isolada dos seus pares ou adultos significativos no decorrer do seu desenvolvimento (Hoghughi, 2004) (Barroso & Machado, 2010).

O modelo sugerido por Hoghughi (2004) também realça outra das dimensões relevantes na parentalidade, nomeadamente, a necessidade de **controlo e disciplina**, uma vez que integra uma série de atividades relacionadas com a imposição de limites à criança, de forma a assegurar que os comportamentos das crianças permanecem adequados (Barroso & Machado, 2010).

Relativamente às atividades de **desenvolvimento**, o autor define-as como aspirações dos pais, ou seja, ambição de que a criança realize o máximo do seu potencial em diversas competências, promovendo-lhes atividades de cariz desportivo, artístico e/ou cultural. A frequência dessas ativida-

des é considerada por Bradley (2007), como relevantes no inculcar de valores, como a tolerância, honestidade, coragem e respeito, entre outros (Barroso & Machado, 2010).

O modelo de Hoghughi (2004), considera ainda necessários determinados **pré-requisitos** para o desenvolvimento da atividade parental, nomeadamente, o **conhecimento e compreensão, motivação, recursos e oportunidades**.

O **conhecimento e a compreensão** são pontos essenciais para que exista um processo parental efetivo, uma vez que estas competências permitem aos pais identificarem as necessidades dos seus filhos, encaminhá-los e estimulá-los de forma apropriada ao longo do seu ciclo de vida. Estes dois pré-requisitos estão interligados à **motivação**, uma vez que tanto o conhecimento como a compreensão, só serão profícuos se existir uma atitude proactiva. Deste modo, a motivação está relacionada com os desejos e compromissos dos pais otimizarem todos os recursos necessários para manter e melhorar as condições de socialização da criança (Barroso & Machado, 2010).

Segundo Hoghughi (2004), outro dos pré-requisitos para um bom desempenho da atividade parental, são os **recursos**, ou seja, as qualidades parentais “ (abordagem interativa com a criança, sublinhando-se eventuais traços de personalidade na manifestação deste comportamento); as competências parentais (adquiridas de modo formal, através de programas parentais e informal, recebidas, por exemplo, pelas suas próprias experiências ou observando outros pais); as redes sociais (presença, envolvimento e responsabilidade dos outros, sendo eles amigos, vizinhos ou familiares); e os recursos materiais (recursos económicos necessários para a subsistência e para o desenvolvimento da criança) ” (Barroso & Machado, 2010,p. 216).

Por fim, o autor realça as **oportunidades**, considerando como relevante a disponibilidade de tempo que os pais têm para exercer a sua atividade parental. Considera que existem condicionantes significativas deste pré-requisito com implicações na parentalidade, nomeadamente, a necessidade do envolvimento profissional de ambos os pais, que limitam tempo dispensado às crianças (Barroso & Machado, 2010). Este modelo confirma a complexidade da parentalidade devido à existência de uma multiplicidade de fatores que influenciam todo o processo educacional da criança.

A capacidade dos pais para perceberem a complexidade inerente ao desenvolvimento de uma criança e responder adequadamente às suas necessidades, é merecedor de realce e os profissionais poderão ter um papel vital. Importa assim que os profissionais tomem consciência dessa relevância e desenvolvam atividades que promovam uma parentalidade positiva, com o intuito de uma prevenção

de maus-tratos infantis e da estimulação do máximo potencial do desenvolvimento da criança nos seus primeiros anos de vida (Lopes, & Dixe, 2012).

Council of Europe (2008) define a parentalidade positiva como um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança e respeitante dos seus direitos, comportamento esse que assegure a satisfação das necessidades básicas da criança, de forma a protegê-la de riscos e a proporcionar-lhe um ambiente que lhe permita um desenvolvimento harmonioso, valorizador da sua entidade e promotor da sua autonomia.

Subjacente a este conceito, o Conselho Europeu numa das suas publicações, divulgou cinco princípios, baseados na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e que conferem uma enorme responsabilidade aos pais pela proteção, respeito pela integridade física e dignidade da criança, nomeadamente o **Sustento** – como resposta às necessidades de amor, carinho e segurança; **Estrutura e Orientação** - proporcionar à criança uma sensação de segurança (incluindo a proteção da saúde e os cuidados na doença), uma rotina previsível e limites; **Reconhecimento** - ouvir a criança e valorizá-la como um indivíduo de pleno direito; **Empoderamento/autonomia** – promover/estimular comportamentos adequados e encorajar o controlo pessoal da criança; **Educação não-violenta** - excluir castigos corporais e psicológicos humilhantes (Council of Europe, s.d).

Em suma o Council of Europe (s.d) realça que Parentalidade Positiva implica uma postura afetuosa e protetora por parte dos progenitores; uma disponibilidade de tempo de qualidade aos filhos; uma disciplina compreensiva com o estabelecimento das regras a respeitar; um elogio pelo bom comportamento; uma explicação quando se verificam um comportamento desajustado e em caso de necessidade aplicar castigo não-violento (como por exemplo, interromper a brincadeira, corrigir os danos, reduzir a mesada, entre outros).

Compreendido o fenómeno da parentalidade, importa perceber de que forma pode esta influenciar o desenvolvimento infantil. De seguida iremos abordar fatores determinantes no processo evolutivo da criança, de forma a podermos elucidar os pais acerca das diferentes fases de desenvolvimento e elucidá-los dos estímulos ao seu desenvolvimento.

1.2. DESENVOLVIMENTO INFANTIL - OS PROCESSOS E OS FATORES INTERVENIENTES

Sendo a infância uma etapa profundamente desafiante sob todas as dimensões do crescimento e desenvolvimento, compreendê-la torna-se um processo complexo, mas muito pertinente e fundamental para o EEESIP.

Segundo CIPE®, versão de 2015, desenvolvimento da criança é um “crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivo desde o nascimento e durante toda a infância” (OE, 2016, p.52). Perante esta descrição, o desenvolvimento infantil implica um crescimento e um desenvolvimento, sendo que estes dois aspetos estão interrelacionados e ambos são alvo da intervenção do enfermeiro. No entanto, este trabalho incide mais sobre a vertente do desenvolvimento, sem descurar o crescimento, pois este é determinante no desenvolvimento. Focalizando a pesquisa para o desenvolvimento e recorrendo nomeadamente a CIPE®, o “Desenvolvimento psicomotor” como: “Desenvolvimento da criança: Processo natural e evolutivo. Integra a coordenação, a comunicação, a socialização e os aspetos da mobilidade. Capacidade para interagir com o meio envolvente através dos comportamentos” (OE, 2016, p.52).

Hockenberry & Wilson (2014) referem que a infância é o período em que ocorrem as maiores mudanças físicas e as maiores conquistas no desenvolvimento. O processo de desenvolvimento Infantil deve-se a uma maturação progressiva de todos os sistemas corporais e ao desenvolvimento de competências, que permitem uma adaptação ao exterior. O padrão de desenvolvimento das competências de motricidade fina e grosseira, ocorrem numa sequência ordenada na direção céfalo-caudal e próximo-distal e evolui no sentido das operações simples para as complexas (das capacidades motoras grosseiras para as capacidades motoras finas) (Hockenberry & Wilson, 2014).

De acordo com o GOBP, nomeadamente o do primeiro volume que se refere à promoção do desenvolvimento infantil, considera a criança em desenvolvimento, quando o seu “crescimento se exprime através de comportamentos e reações resultantes da dinâmica de fatores bio anatómicos, psicológicos e sociais. Evoluem de acordo com as leis de maturação neuropsicológica, sob influência de fatores ambientais” (OE, 2010, p. 71). Estas evidências científicas baseiam-se nas teorias clássicas de desenvolvimento que estão integradas numa determinada perspetiva: “psicanalítica, centrada nas emoções, como é o caso da área **Cognitiva (Piaget); Psicosexual (Freud); Psicossocial (Erikson)** e também **Moral (Kohlberg)**” (OE, 2010. p. 71). Houve outros teóricos que também deram contributos, nomeadamente, “**Donald Winnicott** associado à **relação mãe-bebé; Daniel Stern** à intersubjetividade do **afeto** e a **relação; Bronfenbrenner** e a relação pessoa, processo, contexto e tempo” (OE, 2010,

p.71). A OE destaca também o contributo de **António Damásio** que ostenta a sua teoria de desenvolvimento na relação com a emoção, sentimentos e comunicação. **Edward Tronick** que enumera a auto-organização, controlo (coerência), afeto e comunicação e **Brazelton** que desenvolveu o seu modelo tendo por base três vertentes: **a maturidade do sistema nervoso central**, a capacidade da criança **resistir à frustração** e à influência da **estimulação** do prestador de cuidados (OE, 2010).

A OE refere-se assim ao desenvolvimento como sendo um “aperfeiçoamento e à especialização de determinadas funções, com aquisição progressiva de certas competências cada vez mais complexas em várias áreas funcionais” (OE, 2010, p. 78). A Direção Geral da Saúde [DGS] acrescenta, que “o desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções. Contudo, a velocidade de passagem de um estágio a outro varia de uma criança para outra e, conseqüentemente, a idade de aparecimento de novas aquisições também difere” (DGS, 2013, p.2). Perante o descrito conclui-se que o desenvolvimento da criança ocorre de uma forma sistematizada e adaptativa, tendo em conta as suas características e o meio que a rodeia. O crescimento e desenvolvimento são influenciados por variadíssimos fatores, tendo estes sido realçados nas diferentes vertentes teóricas e ao refletirmos sobre estes fatores, coloca-se a questão: Qual será o fator que assume maior protagonismo no desenvolvimento infantil, a hereditariedade ou o meio envolvente?

Atualmente, a evidência mostra que a primeira infância é decisiva no desenvolvimento do ser humano, uma vez que nesta fase a genética e as experiências são capazes de moldar a arquitetura do cérebro e perfilar princípios determinantes para as aprendizagens posteriores (OECEA, 2010).

No manual da Primeira Infância: “Um olhar desde a Neuroeducação”, consideram a primeira infância como uma “plataforma de decolagem de nosso universo sensorial e preceptivo, que não somente nos permitirá mantermo-nos vivos (para nos aproximarmos ou distanciarmos de um estímulo), mas também será o veículo para a condução de informação cognitiva, motora e emocional” (OECEA, 2010, p. 44).

Nos primeiros anos de vida, o cérebro da criança experimenta transformações admiráveis: “cresce, desenvolve-se e passa por períodos sensíveis para algumas aprendizagens, e, por esta razão, necessita de (...) experiências significativas, estímulos multissensoriais, recursos físicos adequados; mas, principalmente, necessita de um ambiente intensificado pelo cuidado, pela responsabilidade e pelo afeto de um adulto”(OECEA, 2010, p.8).

De forma a compreender melhor o processo de desenvolvimento, torna-se pertinente abordar o conceito de plasticidade neural, que segundo o *National Scientific Council on the Developing Child* [NSCDC], é a capacidade do cérebro para aprender com a experiência, que é maior no início da vida e diminui com a idade. Esta capacidade deve-se às conexões neurais que compõem a estrutura do cérebro em desenvolvimento e são formadas através de um processo contínuo que começa antes do nascimento, continua na idade adulta e estabelece a base que suporta a saúde, as aprendizagens e comportamentos posteriores (NSCDC, 2016).

A Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância, apresenta alguns estudos que fazem referência ao desenvolvimento do cérebro durante a infância. Referindo que a maturação do cérebro antes do nascimento é significativa, uma vez que produz mais de 100 bilhões de células nervosas e nos dois primeiros anos de vida o volume do cérebro cresce continuamente, constituindo-se por isso um período de grande vulnerabilidade (Paus, 2013).

Na fase de desenvolvimento, o cérebro torna-se particularmente sensível às circunstâncias de vida das crianças, nomeadamente ao stress tóxico (*traumatismos, maus-tratos, negligência*) (Paus, 2013). Desvantagens significativas nas circunstâncias na vida das crianças podem prejudicar o seu desenvolvimento, limitar a sua mobilidade económica e social, ameaçando assim a sua vitalidade e produtividade.

Vários estudos sustentam a conclusão de que desenvolvimento é modelado pelas interações entre as *influências dos genes e da experiência*. A estrutura do cérebro vai-se definindo tal como é perspectivada, quando as pessoas que participam na educação da criança manifestam sensibilidade e atenção, requisitos necessários para poderem perceber os seus chamamentos e poderem interagir com ela. Para um adequado desenvolvimento da criança são fundamentais os estímulos e as interações no seio do meio familiar, bem como, por parte de todos os restantes adultos que participam no seu processo de crescimento e educação, nomeadamente prestadores de cuidados, educadores, enfermeiros, assistentes sociais e outros técnicos, vizinhos e a sociedade em geral (NSCDC, 2016).

Brazelton (2002) faz referência a que o progresso económico dos últimos anos levou a que a maioria das pessoas se preocupe principalmente em assegurar as necessidades básicas, negligenciando por vezes as necessidades afetivas, referindo que “os pais ocupados com aspetos competitivos da vida deixam muitas vezes para terceiros a tarefa de cuidar dos filhos” (p.25). O autor apresenta sete necessidades reais, como essenciais ao crescimento e desenvolvimento das crianças e

para as quais as famílias têm de se organizar para as satisfazer sendo elas: necessidade de relações afetivas contínuas; necessidade de proteção física, de segurança e disciplina; a necessidade de experiências adaptadas às diferenças individuais; a necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento; a necessidade de estabelecer limites, de organização e de expectativas; a necessidade de comunidades de apoio estáveis e de continuidade cultural; a necessidade de proteger o futuro. O mesmo autor realça que a satisfação das necessidades constitui as bases para a construção de capacidades emocionais, sociais e intelectuais, considerando as relações emocionais afetivas como as suportes primários mais importantes para o desenvolvimento intelectual e social (Brazelton, 2002).

Segundo a DGS a “consistência e a constância dos cuidados parentais, a adequada interação pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais são fatores cruciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo de vida” (DGS, 2005, p. 4)

É principalmente nos três primeiros anos de vida que o **vínculo afetivo**, manifestado através do amor ou apego com o adulto, se assume como determinante do desenvolvimento emocional da criança e também de sua autorregulação. O vínculo afetivo é considerado ainda como, sendo a base do “desenvolvimento social (relações sólidas fortalecem habilidades sociais, a autoconfiança, a empatia), do desenvolvimento sensório-motor (o toque, as carícias, os jogos corporais fornecem dados ao sistema somatossensorial) e do desenvolvimento intelectual (contar histórias, cantar canções, descobrir cores, formas e tamanhos constroem as habilidades cognitivas)” (OECEA, 2010, p.54).

Apesar de existirem capacidades inatas, existem outras que resultam da interação, como tal é necessária uma aprendizagem e uma estimulação refinada na primeira infância; isto porque “a plasticidade do cérebro permitirá a formação de uma personalidade mais saudável, equilibrada e se construirá uma identidade positiva para as etapas futuras do desenvolvimento” (OECEA, 2010, p.56). Perante o descrito, cabe aos pais e a todos que os educadores proporcionarem às crianças todas as experiências e recursos para que construam seu próprio processo de desenvolvimento e os profissionais de saúde nomeadamente EESIP devem ajudá-los nesse rumo.

É de todo indispensável que de forma consistente e estratégica, exista um forte investimento governamental nos primeiros anos de vida das crianças, sendo este um contributo de inestimável valor para a concessão de igualdade de oportunidades e para a criação de uma sociedade mais justa e próspera, fatores que contribuirão certamente para formar cidadãos mais capacitados.

1.3. CUIDAR PARA A PARENTALIDADE

É determinante para os pais poderem aceder a informação pertinente e atualizada, relativamente ao desenvolvimento da criança e à necessidade da promoção de uma envolvência de carinhos/afetos. Compete aos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, a criação de uma relação de proximidade e de cooperação/colaboração com os progenitores, na prestação de cuidados aos seus filhos.

Dada a complexidade do desenvolvimento criança e considerando o EESIP o profissional mais habilitado para colaborar com os pais e ajudá-los a compreender como se processa o desenvolvimento infantil, tornou-se pertinente aprofundar conhecimentos sobre o referencial teórico que sustenta a prática de cuidados de enfermagem especializada ao binómio criança e família em contante transição, selecionamos assim os referenciais os Cuidados Centrados na família e a Teoria das Transições de *Afa Meleis*.

1.3.1. Filosofia de Cuidados de Enfermagem e Teorias de Enfermagem

A **Enfermagem Pediátrica** pretende alcançar uma “melhoria na qualidade dos cuidados de saúde às crianças e suas famílias” (p.1), sendo que para tal recorre a um “diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais” (p.11). Este conceito incorpora quatro princípios da filosofia de cuidados de enfermagem contemporânea, nomeadamente: (1) A enfermagem foca-se nas experiências humanas e nas respostas à saúde e à doença, sem se restringir apenas ao problema; (2) Correlaciona dados objetivos com experiências da pessoa, o que permite compreender o nível de conhecimentos que a pessoa tem da situação; (3) Aplicação do conhecimento científico ao processo de diagnóstico e tratamento; (4) Relacionamentos afetuosos que promovam a saúde e a cura (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os **Cuidados Centrados na Família** [CCF] integram a filosofia dos cuidados pediátricos, uma vez que se pressupõe a família como uma constante na vida da criança. Segundo esta filosofia a criação

de parcerias entre os enfermeiros, os serviços e as famílias, permitem disponibilizar às famílias o apoio essencial ao papel parental para uma prestação de cuidados e uma tomada de decisão, com base nas suas potencialidades, tanto em ambientes hospitalares ou fora destes. Nesta filosofia, a diversidade familiar, nomeadamente, a composição, estrutura, objetivos e sonhos, recursos e estratégias, são matéria de análise, assim como a identificação das necessidades de apoio, de prestação de serviços e de informações (Hockenberry & Wilson, 2014).

A **capacitação** e o **empoderamento** das famílias são conceitos essenciais nesta filosofia de cuidados. Os profissionais que promovem a capacitação permitem às famílias momentos exclusivos, onde todos os membros da família terão oportunidades de revelarem as suas habilidades e competências, assim como em adquirirem outras, para atender as necessidades da criança e família. A interação entre os profissionais e as famílias é designada por empoderamento e permite às famílias um estímulo positivo de controle sobre as suas vidas, realçando as mudanças favoráveis que advêm de comportamentos de ajuda promotores das suas próprias forças, habilidades e ações. (Hockenberry & Wilson, 2014).

O *Institute for Patient and Family Centered Care*, define cuidados centrados no paciente e na família como uma abordagem essencial ao planeamento, à entrega e à avaliação dos cuidados de saúde. Um dos principais objetivos dos CCF é promover a saúde e o bem-estar de indivíduos e famílias e manter o controlo, dando lhes autonomia para definirem a sua “família” ou determinarem como participarão nos cuidados e na tomada de decisões. Este instituto defende quatro conceitos fundamentais nos CCF: **Dignidade e Respeito**, **Partilha de Informação**, **Participação** e **Colaboração**. A **Dignidade** e o **Respeito**, implica um planeamento e uma prestação de cuidados, que inclua as perspetivas e escolhas, conhecimentos, valores, crenças e antecedentes culturais, do paciente e da família. A **Partilha de Informação** deve conter Informações completas, pertinentes, imparciais e objetivas, que permitam às famílias tomar as suas decisões e participar efetivamente nos cuidados. A **Participação** implica o incentivo e apoio dos pacientes e famílias na participação nos cuidados e na tomada de decisões e a **Colaboração** implica uma parceria entre a família e os profissionais de saúde, com o propósito de participar em políticas e programas de saúde, na investigação, bem como, na prestação de cuidados. Um atendimento desta natureza melhora os resultados em saúde, beneficia a experiência de cuidado do paciente e da família e aumenta os níveis de satisfação dos envolvidos.

Na procura da excelência profissional, o EEESIP organiza os cuidados de enfermagem, tendo por base um quadro de referência orientador de cuidados centrados na família enquanto recurso para a criança/jovem (OE, 2017). Neste sentido como modelo teórico para delinear o processo de

enfermagem, neste trabalho selecionei a **Teoria das Transições** criada e desenvolvida por Afaf Meleis. A preocupação central para a enfermagem nesta teoria é a identificação de “transições”, a sua compreensão e o proporcionar mecanismos e estratégias para cuidar e apoiar as pessoas para alcançarem os processos de transição saudáveis, bem como os resultados (Meleis, 2010).

A autora define de forma simplista e abrangente a “transição”, como uma passagem de um estado relativamente estável para outro razoavelmente estável, sendo desencadeado por um processo de mudança. Após a análise de vários artigos, a mesma autora definiu a transição como um conceito central em enfermagem e desenvolveu uma teoria de médio-alcance que se foca na natureza das transições, fatores que a predispõem, o seu desenvolvimento, bem como, a intervenção terapêutica preventiva, face à situação de mudança. Descreve a natureza das transições de quatro formas diferentes: **Transições de desenvolvimento** (associadas a mudanças no ciclo vital, a transição para a maternidade, a menopausa, o envelhecimento); **situacionais** (relacionadas com acontecimentos previsíveis ou não, que originam alterações de papéis, por exemplo, o nascimento, viuvez, transição para lar, alta hospitalar, imigração); **saúde/doença** (que resultam da passagem de um estado de bem-estar para um estado de doença. Esta transição será tão mais influenciadora quanto mais for a diversidade da doença, ou seja, se aguda ou crónica, em que área específica, se saúde mental, ou cirúrgica ou cuidados paliativos e em que idade surja) e transições **organizacionais** (desencadeadas pelas mudanças num ambiente social, político ou económico, bem como, por mudanças na estrutura e dinâmica da própria organização) (Meleis, 2010).

A transição para a parentalidade é classificada como transição desenvolvimental e inclui mudanças na vida mental das pessoas que podem influenciar a sua saúde.

A transição requer uma reestruturação de comportamentos e responsabilidades, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, a fim de se adaptar a uma nova realidade mantendo a sua integridade pessoal. Para tal são necessárias algumas estratégias, nomeadamente, o reconhecerem a necessidade de mudança permanente, a procura de informações para a construção de uma nova autodefinição, procura de modelos para a nova normalização e competência no novo papel. No entanto, vários são os fatores que poderão facilitar ou dificultar a transição para a maternidade, nomeadamente, as condições pessoais, as crenças e atitudes culturais, status socioeconómico, preparação e conhecimento e as condições sociais (Meleis, 2010).

Meleis (1975), disponibilizou um suporte teórico para a enfermagem, inserindo a noção de insuficiência de papel, como sendo uma lacuna ao nível do conhecimento e/ou desempenho de uma

determinada figura ou os sentimentos e objetivos associados ao comportamento percebido pelo próprio ou por outros significativos. A autora perante esta conceção introduziu a terapêutica de enfermagem que facilita o processo de desenvolvimento de novos conhecimentos e habilidades aos cuidadores parentais, como o “papel de suplementação. O “papel de suplementação” é um modelo que incluiu a transmissão de informações e todo o apoio necessário para o processo de desenvolvimento de novos conhecimentos, de competências e habilidades, para o tornar a pessoa mais consciente dos comportamentos previstos e objetivos, bem como, as inter-relações entre o novo papel e as funções dos outros. Meleis propõe este modelo para a prática de enfermagem materno-infantil, uma vez que se destina especificamente à prevenção da saúde e problemas de desenvolvimento, tais como o abuso de crianças e negligência, que pode ter fundamentos evidentes durante a gravidez. Este modelo inclui uma avaliação pré-natal precoce no que respeita ao desempenho do papel parental, uma iniciação simultânea da intervenção suplementação do papel com caráter preventivo e uma avaliação contínua dos resultados de saúde e de desenvolvimento (Meleis, 2010).

Este modelo é a base que sustenta este trabalho uma vez que, reflete a necessidade do enfermeiro explorar e conhecer o ambiente familiar, a fim de identificar as ferramentas que os pais dispõem e selecionar outras, que permitam a capacitação dos pais no exercício da sua parentalidade de forma mais consciente e proactiva. O papel suplementar, ou a capacitação parental é uma estratégia a considerar para que a transição para a parentalidade se faça com o mínimo de vulnerabilidades e maiores probabilidades de sucesso.

Meleis recorrendo a alguns estudos enumerou algumas das estratégias específicas da intervenção de enfermagem que se revelaram como positivas, no papel de suplementação, nomeadamente: **modelagem de papel** (ensino aos participantes de comportamentos apropriados e valores esperados no desempenho do seu papel); **ensaio do papel** (apresentados estudos de caso, para proporcionar aos casais uma reflexão como podem eles lidar com uma situação específica relacionada com cuidados infantis, ajudando-os a antecipar comportamentos e sentimentos associados com o papel parental); **interações do grupo de referência** (fóruns de grupo de pais, com reuniões semanais, onde partilhavam ideias, recebiam reforços e compreendiam a faixa normal de sentimentos, medos e experiências) (Meleis, 2010).

Num contexto de CSP é fundamental que o enfermeiro respeite a filosofia de CCF e organize os cuidados, tendo por base um quadro de referência desta natureza, a fim de agir com o propósito de responsabilizar e capacitar os pais como promotores do máximo potencial de desenvolvimento da criança. As mudanças inerentes aos estágios de desenvolvimento requerem por parte dos pais novos

conhecimentos e habilidades, para anteciparem os momentos de crise e transformá-los em oportunidades de crescimento. Perante esta perspetiva, podemos considerar o enfermeiro como agente facilitador na transição do papel parental, para os diferentes estágios de desenvolvimento da criança, daí considerarmos necessário aprofundar conhecimentos sobre estratégias implementadas que dão suporte aos pais, influenciando positivamente a parentalidade.

1.3.2. Estratégias de intervenção do EEESIP de apoio à parentalidade

A falta de conhecimentos ou informações pouco esclarecedoras, comprometem o desempenho do papel parental, uma vez que esta carência leva os pais a experimentarem níveis de ansiedade superiores, sensação de fadiga e conseqüentemente agitação emocional. Torna-se assim pertinente uma intervenção precoce com respostas concretas para ajudar os pais a lidar com estas sensações, a fim de serenar este período de transição (Okamoto, & Matsuoka, 2009).

Os estudos encontrados revelaram que programas de capacitação parental contribuem para a redução do stresse parental aumentando assim a eficácia na parentalidade (Montigny, & Lacharité, 2008).

Num estudo realizado na Austrália foi demonstrado que nos primeiros tempos da paternidade, os pais recorrem mais aos serviços de saúde e necessitam de mais tempo de consulta. Perante essa confirmação o serviço de saúde australiano considerou pertinente a criação de grupos específicos de pais, em paralelo à vigilância de saúde infantil. O facto de ser disponibilizado um apoio estruturado aos pais, fez com que esses não necessitassem de cuidados ou ensinamentos pontuais, contribuindo de certa forma para uma redução do *stress* profissional derivado ao uso inadequado dos serviços por parte das famílias (Kearney, & Fulbrook, 2012).

Num outro estudo foi demonstrada a efetividade de um programa de visitas domiciliárias para apoio emocional, social e físico de mães primíparas. Para Weise (2014), a capacitação parental constitui uma estratégia eficaz e traz respostas positivas quer às equipas de enfermagem, quer às famílias apoiadas, ao governo e à sociedade em geral. Segundo a descrição do autor, os programas de visitas domiciliárias são eficientes e podem impedir o abuso infantil, a negligência e a diminuição do trauma

na criança/jovem (Weise,2014). Perante este enquadramento torna-se evidente a necessidade de se desenvolverem estratégias e intervenções que favoreçam a parentalidade (Comley, Mousmanis, 2010).

Segundo Comley & Mousmanis (2010), todos os pais são beneficiados quando tem acesso a algum tipo de programa, uma vez que estes programas permitem apoiar os pais, responder às suas necessidades e valorizar as suas aptidões. Esse apoio pode ser facultado em grupos, com o recurso a jogos informais para instrução sobre técnicas de parentalidade, ou por programas estruturados por áreas mais específicas para melhorar determinadas competências, ou concebidos para um público específico, nomeadamente, novos pais. O principal principio que levou à estruturação de programas de capacitação parental, foi o facto de se considerar pertinente uma intervenção prioritária em famílias de alto risco, no entanto, sugere-se atualmente uma intervenção para melhorar as competências de todos os pais como um foco mais positivo numa comunidade, permitindo apoiar todos os pais, promovendo a ajuda entre pares, sendo ainda importante evitar o estigma de etiquetas (Comley, Mousmanis, 2010).

Assim Comley & Mousmanis (2010), recomenda algumas estratégias de intervenção para promover as competências parentais, nomeadamente, programas de visita domiciliar; grupos de apoio aos pais; Programas de Treino específicos para pais; Programas de Recursos da Família (programas para pais e filhos); Livros, vídeos, sites; Apoio de grupos por pares.

Digamos assim que no topo das prioridades dos decisores deveria estar a promoção de uma estrutura organizativa que concedesse prioridade aos cuidados preventivos, onde se pudesse igualmente valorizar os pontos fortes, aptidões e ações dos progenitores, evitando a todo o custo as situações de exclusão. A disponibilização aos pais de toda a informação, as melhores referências e alguns exemplos facilitadores da compreensão dos aspetos inerentes ao adequado desenvolvimento dos filhos, bem como, a melhor forma de intervir em cada situação, é essencial para a obtenção do êxito no interior do contexto familiar BRAZELTON (2002). Perante o descrito considerámos pertinente apostar nos cuidados preventivos, desencadeando assim a estruturação de um projeto de intervenção baseado na metodologia de projeto.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM

Para a aquisição das competências de mestre e atribuição do título de especialista, foi necessário dirigir as aprendizagens, com base num projeto de intervenção. A construção do projeto teve início no Estágio I, no entanto, os contributos do Estágio Final foram mais significativos, uma vez que os contextos clínicos eram mais propícios ao seu desenvolvimento. Recorrendo à metodologia de trabalho de projeto e tendo por base a linha de investigação da “Segurança e Qualidade de Vida”, procurámos identificar uma problemática alvo de melhoria dos cuidados em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. A temática que mais interesse nos suscitou e nos motivou a esta investigação foi a capacitação parental, uma intervenção dirigida para promover o desenvolvimento da criança no seu todo.

2.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação é a primeira etapa do projeto, onde se prevê realizar uma descrição da problemática identificada e sobre a qual se pretende atuar. Nesta etapa definem-se ainda os problemas ao nível quantitativo e qualitativo, estabelecem-se prioridades e apontam-se as causas prováveis do problema. Ainda para a realização do diagnóstico de situação é necessário recorrer aos instrumentos de colheita de dados, nomeadamente, a entrevista, o questionário, análise *SWOT* [*Strenghts* (pontos fortes), *Weaknesses* (pontos fracos), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças)], entre outros, por forma a clarificar a pertinência do problema de saúde identificado (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Propomos por isso, estudar a temática, recorrendo a uma “(...) investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução (Ruivo et al., 2010, p. 2). Ruivo et al. (2010) recomenda uma investigação fundamentada cientificamente, com o recurso a pesquisas e análises.

Sendo a finalidade deste projeto relacionar as competências parentais e o seu impacto no desenvolvimento infantil, procurámos identificar lacunas em termos de conhecimento parental que se traduziam em limitações e erros na abordagem à criança. Para fundamentação da problemática foi

realizada uma pesquisa com base na temática inicial, seguindo-se para uma pesquisa mais criteriosa e aprofundada com recurso à plataforma eletrónica EBSCO® via B-On e a bibliografia de referência sobre a temática. A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir da integração dos descritores do "DeCS ", enfermagem ("*nursing*"), parentalidade ("*parenting*"), suporte parental ("*parent support*"), com a associação do operador "booleano", "AND", sendo que estas devem constar nos termos do assunto.

Com a pesquisa bibliográfica foi possível fazer um enquadramento conceptual da problemática e perceber o quanto esta problemática era merecedora de um investimento estruturado.

Em 1989, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a *Convenção sobre os Direitos da Criança* e esta obriga os governos a "proteger a criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração" (UNICEF, 1990, p.13).

Os maus-tratos às crianças caracterizam-se pelos vários tipos de malefícios que sobre elas seja cometido, que podem assumir um cariz emocional, abuso sexual, desleixo, negligência, exploração comercial ou outro qualquer tipo, que se constitua como um prejuízo efetivo ou possível sobre a integridade física da criança, ou que possa ainda colocar em causa o seu normal desenvolvimento ou a sua dignidade (OMS, 2014).

Estimativas conhecidas da OMS sobre "maus-tratos contra a criança, indicam que 22,6% dos adultos em todo o mundo sofreram abusos físicos na infância, sendo que 36,3% dos casos foram considerados de cariz emocional e 16,3% de negligência física" (OMS, 2014, p.14).

Os maus-tratos cometidos sobre as crianças são suscetíveis de provocar alterações cognitivas, que podem ser facilitadoras do surgimento de problemas ao nível do comportamento, bem como, na saúde mental e física na idade adulta (OMS, 2014).

A educação parental e as visitas ao domicílio são abordagens que promovem a relação entre os progenitores e os seus filhos e previnem situações de maus-tratos sobre a criança (OMS, 2014).

A Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM] recomenda como uma prioridade o apoio à função parental, nomeadamente, no Período Perinatal e Primeira Infância (dos zero aos 3 anos) (CNSM, 2011).

Poucos estudos epidemiológicos foram realizados na Primeira Infância e Idade Pré-escolar, no entanto, em estudos já realizados verifica-se uma prevalência já considerável de situações de maus-tratos cometidas sobre as crianças (CNSM, 2011).

Um estudo efetuado na Dinamarca, onde foi aplicada uma classificação diagnóstica específica dos zero aos três anos (Primeira Infância), revelou que as perturbações de afeto apresentam uma prevalência de 2,8 %, sendo a taxa com maior valor percentual de distúrbios mentais aos 18 meses, como se pode verificar no figura1 abaixo representada.

Diagnóstico DC:0-3	18 meses
Qualquer Perturbação	18,0
Pert. Multissistémica	3,3
Pert. Regulatória	7,1
Pert. Afecto	2,8
Pert. Reactiva da Vinculação	0,5
Pert. Comport. Alimentar	2,4
Pert. Sono	1,4
Pert. Adaptação	0,9
Eixo II – Pert. Relação	8,5

Figura 1. Quadro de Prevalência de Perturbações Mentais na Primeira Infância numa população dinamarquesa (%)

Fonte: (CNSM, 2011, p. 14)

Após esta análise, percebemos que um aconselhamento aos pais sobre o desempenho do papel parental pode antecipar e evitar alguns dos problemas relacionados com fatores ambientais e erros/lacunas na estimulação da criança. Consideramos que o desenvolvimento de um programa de capacitação parental seria benéfico não apenas para a criança, mas também para a família, para os profissionais e ainda para os serviços de saúde.

Perante estes dados, consideramos pertinente capacitar as famílias para o desempenho do papel parental, de forma a gerir, “em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade” (OE, 2017, p.3). A capacitação parental é considerada uma temática atual, com potencial de melhoria e para a qual se evidenciam recursos passíveis de estudo, tal como recomendado por Almeida & Freire (2007) citado por Ruivo et al. (2010).

Ruivo et al. (2010) refere que o objetivo principal da metodologia de projeto é converter os problemas identificados e que é no percurso resolutivo dos problemas que se adquirem capacidades e competências específicas. Destacam ainda para a pertinência de fomentar o trabalho em equipa, especialmente em projetos no contexto de cuidados de saúde, uma vez que a articulação entre os profissionais poderá maximizar as capacidades da população e motivar a sua autonomia. Partindo destas premissas, procurámos envolver todos os elementos da equipa de enfermagem, na elaboração de uma análise *SWOT*. O diagnóstico situacional no contexto de trabalho foi assim favorável ao desenvolvimento do projeto de intervenção para a capacitação parental. Segundo Ruivo et al. (2010), a observação do contexto e das pessoas é um método fidedigno e adequado para a análise da situação, considerado como essencial para a validação do problema. Refere ainda que a análise *SWOT* é um bom ponto de partida, sendo uma das técnicas mais utilizadas na investigação social, na elaboração de diagnósticos e na análise organizacional.

A análise *SWOT* baseia-se num quadro que se subdivide em quadrantes, onde se identificam as fraquezas, ameaças, forças e oportunidades. É um método que permite a identificação das forças e fraquezas de um determinado contexto, sendo ainda possível avaliar as oportunidades e ameaças que podem influenciar o sistema (Ruivo et al. 2010).

Ao nos questionarmos sobre o investimento necessário e exequível para que estas práticas possam ser melhoradas, considerámos que a dinamização de um Programa de Capacitação Parental na comunidade poderia ser uma das oportunidades de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, tornando-os mais eficientes, acessíveis e personalizados. Um investimento desta natureza vai ao encontro das diretrizes da Declaração Mundial de Saúde, nomeadamente, ao objetivo da política global de saúde, que é “atingir um potencial completo de saúde para todos”, que enumera como principais estratégias de atuação: “Programas de saúde orientados para (...) investimentos no desenvolvimento da saúde (...); cuidados primários de saúde integrados e dirigidos às famílias e às comunidades (...); um processo de desenvolvimento de saúde participativo e que envolva os parceiros representativos a nível familiar” (OMS, 2002, p.7).

Tendo em conta estas estratégias, a União Europeia estabeleceu vinte e uma metas que funcionam como matriz de ação para a Região Europeia e como ponto de partida para a definição de metas a nível nacional e local. Tendo em conta o mesmo documento, consideramos que este projeto vai de encontro à “**Meta 3: Início de vida saudável**” (OMS, 2002, p.13). Ao estipularem esta meta consideram que um investimento precoce na saúde será posteriormente beneficiada. Segundo OMS “a falta de apoio emocional durante a primeira infância pode conduzir a criança a uma trajetória

social e educacional débil, aumentando os riscos de má saúde física e emocional. Pode ainda reduzir o desempenho físico, intelectual e emocional na vida adulta” (OMS, 2002, p.13). Reconhecendo a necessidade de investir nesta área, a OMS recomenda a implementação de políticas locais que contribuam para reforçar a capacidade parental.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, “É do escopo de ação deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente, no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (OE, 2018, p. 19192). Tendo como propósito de intervenção para o projeto a vertente da dinâmica familiar e da necessidade de responder às suas necessidades, nomeadamente, no âmbito da capacitação dos pais para uma resposta positiva à promoção do desenvolvimento da criança na primeira infância, irei orientar o projeto no sentido de efetuar o levantamento de necessidades de conhecimentos dos pais para o exercício da parentalidade.

2.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A planificação de um projeto “traduz-se na antevisão de uma imagem *finalizante* e na implementação das operações de formação, nomeadamente, a definição de objetivos específicos e a determinação de prioridades” (Ruivo et al. 2010, p.19). Segundo Ruivo et al. (2010), a fixação de objetivos tem por base os resultados que se ambiciona alcançar, sendo delineados do geral para o específico e devem ser precisos, concisos, realizáveis e mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração. (Ruivo *et al.*, 2010).

Os objetivos gerais são definidos de forma a traduzirem os resultados esperados. Devendo estes ser formulados de acordo com os conhecimentos e capacidades que o investigador ambiciona alcançar (Ruivo *et al.*, 2010). Como tal, para este projeto traçamos como objetivo geral:

- Desenvolver competências de EEESIP na capacitação parental, para a promoção do desenvolvimento da criança na primeira infância;

Ruivo *et al.*, (2010) refere que os objetivos específicos são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos tencionam adquirir ao longo do percurso formativo. Daí que delineámos para o percurso os seguintes objetivos específicos:

- Motivar a equipa da UCSP para a capacitação parental;
- Identificar as necessidades e dificuldades dos pais no exercício da parentalidade;
- Aprofundar conhecimentos no âmbito do desenvolvimento Infantil;
- Capacitar as famílias para a promoção do desenvolvimento da criança na primeira infância;
- Adquirir competências de EE e competências específicas de EEESIP ao longo dos diversos contextos clínicos.

A definição de prioridades é segundo Guerra (1994), citado por Ruivo *et al.* (2010), uma das principais etapas da identificação dos problemas. Para o projeto de intervenção foram estabelecidas as seguintes prioridades:

1. Sensibilizar os coordenadores da UCSP e todos os colegas para a necessidade de implementação de estratégias que promovam a parentalidade;
2. Elucidar sobre a importância da Capacitação das famílias para o desenvolvimento das suas potencialidades, como resposta positiva às exigências do processo evolutivo do desenvolvimento infantil;
3. Diagnosticar as necessidades de conhecimentos dos pais das crianças inerentes ao exercício do seu papel parental.
4. Capacitar a equipa de enfermagem para um melhor desempenho ao nível da promoção de competências parentais, no âmbito do PNSIJ.

2.3. PLANEAMENTO

Nogueira (2005) citado por Ruivo *et al.* (2010) recomenda que após a definição dos objetivos seja elaborado um plano de ação para cada um dos objetivos, ou seja, uma planificação que contemple os recursos necessários à sua concretização.

Para dar resposta aos objetivos a que me propus, sistematizei a informação numa tabela, “Planeamento das atividades do projeto de acordo com os objetivos” que pode ser visualizada no

(Apêndice I), onde enumerei as atividades/estratégias que ambiciono fazer, bem como os recursos e meios necessários à sua execução e critérios de avaliação.

No que diz respeito à calendarização das atividades, elaborei um cronograma, onde faz referência às atividades a desenvolver para atingir os objetivos propostos. Esta calendarização pode ser visualizada no “Cronograma do planeamento de projeto de intervenção em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria” (Apêndice II).

2.4. EXECUÇÃO

Segundo Nogueira (2005), a fase de execução é uma fase de reflexão, de aprendizagens e desenvolvimento de competências. Digamos que esta etapa culmina essencialmente no colocar em prática todo o planeamento anterior. Assim, considerando a metodologia de projeto, foram colocadas em prática as intervenções que davam resposta aos objetivos definidos.

Sendo o primeiro objetivo, **motivar a equipa de enfermagem para a capacitação parental**, procurámos desenvolver atividades que fossem ao seu encontro.

Para perceber como poderíamos melhorar as práticas de enfermagem aquando a consulta de vigilância de saúde infantil, considerámos necessário analisar o papel do enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar, no que diz respeito à promoção da capacitação parental, recorrendo a uma análise *SWOT*. Esta análise procurou perceber os constrangimentos dos enfermeiros, assim como averiguar se era exequível um investimento em termos de formação e recursos no que diz respeito à promoção da capacitação parental.

A análise *SWOT* implica a identificação de fatores positivos, nomeadamente, pontos fortes, potencialidades, trunfos e vantagens de uma situação (Ruivo et al. (2010). Tendo em conta a temática em estudo, os enfermeiros da UCSP onde foi realizada a análise, identificaram como fatores positivos a dinamização de um programa de capacitação das famílias para o desempenho do seu papel parental, a existência de um aplicativo informático S Clínico versão 3, que integra a área específica da vigilância de saúde infantil, com a opção de registo de Parâmetros, Cuidados antecipatórios, Escala *Mary Sheridan* Modificada e Sinais de Alarme, Avaliação do Risco Familiar e uma *checklist* orientadora de ensinamentos a realizar aos pais, com o propósito de promoção do

desenvolvimento infantil. O facto de todas as unidades de saúde terem acesso ao aplicativo informático, com a possibilidade de registo dos cuidados de enfermagem em linguagem CIPE, garantindo a continuidade dos cuidados e a uniformização de registos; A organização do método de trabalho em Equipas de Família (médico e enfermeiro de família), que permite um conhecimento mais aprofundado da dinâmica familiar; A existência de folhetos complementares de ensinamentos aos pais sobre diversas temáticas; O profissionalismo e experiência da equipa multidisciplinar; Enfermeira chefe defensora da qualidade dos cuidados e do desenvolvimento dos profissionais; A existência de grupos de trabalho, nomeadamente, Curso de Preparação para a Parentalidade para os casais que se encontram à espera do nascimento de um filho. Perante estes tópicos, considerámos que um investimento nesta área seria uma mais-valia para as famílias e para os profissionais, permitindo uma uniformização das informações transmitidas e uma equidade relativa à igualdade de oportunidades no acesso aos serviços.

Quanto aos fatores negativos, Ruivo et al. (2010), faz referência às debilidades, percebidas como pontos fracos ou desvantagens de uma situação. Neste tópico foi mencionada a inexistência de enfermeiros com formação especializada na área de saúde infantil e pediátrica; a inexistência de grupos de trabalho com pais após o nascimento; o tempo efetivo destinado para consulta de vigilância de saúde infantil é considerado como insuficiente para os atos a realizar, originando por vezes que a abordagem de algumas temáticas seja tratada de um modo mais supérfluo; a experiência e estádios de desenvolvimento dos próprios profissionais; a sobrecarga dos profissionais, provocada pela exigência dos múltiplos programas a cumprir e o facto do Curso de Preparação para a Parentalidade integrar apenas grávidas.

Na análise *SWOT* foram reconhecidas como ameaças ao projeto, as medidas cada vez mais rigorosas de contenção de custos, causando instabilidade no contexto financeiro, social e profissional e conseqüente desmotivação da equipa. Os profissionais demonstraram algum ceticismo quanto à adesão dos pais ao programa, uma vez que consideram que a população em idade ativa pouco adere a sessões de educação para a saúde.

Após reflexão sobre a análise *SWOT*, identificam-se fatores com potencial de ação de melhoria quer na equipa de saúde quer no contexto clínico. Assim, podemos concluir que a implementação de projetos promotores de competências parentais nas unidades locais é uma temática viável e passível de se concretizar num futuro próximo, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Seguindo um dos princípios do GOBP "os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde para a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil" (OE, 2010,p.75). Considerando este princípio, decidimos divulgar os resultados da análise *SWOT* a toda a equipa da UCSP. Para transmitir as informações pertinentes, de uma forma rápida e de fácil leitura, organizámos a informação e apresentámos em formato de Poster, tipo Boletim Informativo os resultados obtidos, como consta no Apêndice III. Esse Poster foi afixado na sala de Enfermagem, após consentimento da Enfermeira Chefe. Após esta apresentação algumas colegas de equipa tornaram-se mais sensíveis para a necessidade de investir na capacitação parental, surgindo a sugestão da necessidade de formação nesta área específica.

De acordo com o diagnóstico extraído da análise *SWOT* e após conversação com a orientadora e a enfermeira coordenadora, considerámos pertinente e necessária a realização de uma sessão de formação à equipa de enfermagem, de forma a harmonizar práticas de diagnóstico, de planeamento e de avaliação de cuidados, nas consultas de vigilância de saúde infantil. Para a elaboração da sessão de formação pressupõe-se um planeamento e uma previsão de recursos, como tal, elaborámos o plano de sessão que poderá ser apreciado no Apêndice IV. A sessão formativa (Apêndice V) foi estruturada com base em normativos e orientações da DGS, nomeadamente, o PNSIJ (2013) e no GOBP (OE, 2010). Determinámos para objetivo da sessão o enquadramento teórico de alguns dos focos de atenção de enfermagem, durante a consulta de avaliação do desenvolvimento infantil. Aquando da dinamização da sessão, colocaram-se em debate alguns dos tópicos da escala da Mary Sheridan modificada, com o intuito de elucidar algumas das suas ambiguidades e conseqüentemente promover uma uniformização na avaliação do desenvolvimento infantil. Procurou-se ainda transmitir que avaliação do desenvolvimento é transversal e necessária nos diferentes níveis de cuidados, sendo para tal necessário conhecer as diferentes etapas do desenvolvimento infantil, antecipar e sensibilizar os pais para a necessidade de estimular a criança e investir nos cuidados promotores de saúde que potenciem o seu desenvolvimento. Outro dos intuitos da sessão, foi a sensibilização da equipa de enfermagem para a necessidade de avaliação do risco familiar e sinais de alarme, e no caso de se detetar alguma anormalidade sinalizá-la e encaminhá-la o mais precocemente possível às equipas competentes.

Para facilitar o trabalho da equipa de enfermagem no processo de avaliação do desenvolvimento infantil, aquando da realização da consulta, estruturámos um quadro síntese em formato de guia de bolso e disponibilizamos a toda a equipa em suporte de papel e digital (Apêndice VI). O quadro síntese contempla as informações necessárias para a avaliação do desenvolvimento infantil, estando

organizado por idades, como recomenda a escala de Mary Sheridan Modificada e contempla os parâmetros a avaliar, os cuidados antecipatórios, sinais de alarme e material necessário à avaliação.

Outra das atividades selecionadas para motivar a equipa de enfermagem foi a organização de pasta digital, no domínio partilhado da UCSP com os referenciais de apoio à consulta de enfermagem.

Para o objetivo, **Identificar as necessidades e dificuldades expressas pelos pais no exercício da parentalidade**, aplicamos questionários e fizemos a análise dos dados.

Para a identificação das necessidades de conhecimentos no exercício da parentalidade, recorri à aplicação de um questionário que inclui uma escala validada pela Professora Maria Saudade de Oliveira Lopes, tendo esta sido resultado da sua tese de Doutoramento, “Apoiar na Parentalidade Positiva: áreas de intervenção de Enfermagem”, divulgada em 2012. A utilização deste instrumento mereceu o consentimento por parte da autora, tendo-o disponibilizado para a aplicação, como pode ser apreciado no Anexo I.

O questionário (Anexo II) está estruturado em três partes: a primeira caracteriza os pais e a criança, a segunda avalia a perceção/opinião dos pais quanto à idade da criança em que estes sentiram mais necessidades de conhecimentos e a terceira parte inclui a Escala de Autoperceção da Necessidade de Conhecimentos dos Pais para o Exercício da Parentalidade Positiva [ENCPPP]. A primeira parte do questionário está organizada com questões fechadas de forma a caracterizar os participantes do estudo, enquanto a segunda parte apresenta uma escala gradual de intervalos e finalmente a terceira parte aparece representada com uma escala de Likert, que permite aos inquiridos a possibilidade de escolha de uma resposta entre cinco possíveis (Fortin, 1999).

A população alvo selecionada para o estudo e recolha de informação, foram os pais de crianças de ambos os sexos que se dirigiram às consultas de vigilância de saúde infantil desde o nascimento até aos 3 anos de idade na UCSP.

Para aplicação dos questionários foram cumpridos todos os princípios éticos inerentes a uma investigação desta natureza, nomeadamente, o pedido de autorização à autora do questionário (Apêndice VII) e pedido de autorização à comissão de ética da Unidade Local de Saúde [ULS] (Apêndice VIII) que integra a unidade onde foi elaborado o estudo. A Comissão de Ética concedeu

autorização para a realização dos questionários e utilização de indicadores de monitorização e contratualização (Anexo III).

Para solicitar a colaboração dos pais no preenchimento do questionário e consequente participação no estudo, redigimos um documento a elucidar o propósito da sua aplicação, garantindo a confidencialidade dos dados obtidos e onde foi esclarecido que o seu preenchimento era de cariz voluntário e confidencial (Apêndice IX). Com o recurso a este instrumento de avaliação, perspetivou-se a identificação de necessidades de conhecimentos dos pais, ou seja, uma formulação de um diagnóstico que traduza as necessidades para posteriormente personalizar as atividades.

Com a realização do projeto de intervenção procurámos **aprofundar conhecimentos e competências sobre o desenvolvimento infantil**. Esta aprendizagem permitiu-nos capacitar as famílias para uma adequação do cuidar ao estadio de desenvolvimento da criança. Facultando-lhes estratégias promotoras do desenvolvimento.

Inerente à área de interesse, houve uma necessidade de selecionar um percurso formativo (Apêndice X) e sustentar essa opção com um aprofundamento de conhecimentos teórico-práticos baseados em bibliografia de referência, a fim de conceber um enquadramento conceptual para o projeto que permitisse novas aprendizagens. A pesquisa bibliográfica realizada não se tratou apenas de um investimento meramente teórico, mas sim uma oportunidade única de procurar e identificar novos conhecimentos e saberes.

Em todos os contextos clínicos experienciados, foi possível assimilar conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança, nomeadamente, através da observação direta da criança aquando a prestação de cuidados, assim como, nas reflexões consequentes às prestações e às observações realizadas. Outro aspeto a referir que contribui bastante para enriquecer as aprendizagens foram os relatos dos cuidadores, uma vez que a perspetiva dos pais é relevante na deteção de alterações na criança.

Alguns dos contextos clínicos foram especialmente enriquecedores no que diz respeito à aplicação de testes de desenvolvimento e sua interpretação, nomeadamente, os CSP e na consulta externa. Nestes contextos foi possível aplicar a escala de Mary Sheridan Modificada, sob supervisão e corrigindo algumas lacunas de interpretação. Nos CSP, nomeadamente, na consulta de vigilância de saúde infantil realizada pela EE, verificou-se uma abordagem à criança e família num contexto mais familiar. Esta experiência permitiu-nos desenvolver estratégias para aplicação da escala num ambien-

te mais descontraído, de forma a aumentar a probabilidade de respostas com maior espontaneidade e consequentemente mais fidedignas.

Outra das atividades que nos permitiu dar resposta a este objetivo foi a elaboração de uma revisão integrativa incorporada no Estágio Final como momento de avaliação. Esta oportunidade possibilitou-nos pesquisar resultados da prática clínica baseada na evidência, nomeadamente, a identificação de contributos da intervenção do EEESIP na Capacitação Parental para o desenvolvimento das suas potencialidades como resposta positiva à promoção do desenvolvimento da criança (Apêndice XI).

2.5. AVALIAÇÃO

Apesar da avaliação do projeto se integrar na última fase da metodologia de projeto, não significa que seja realizada apenas no seu término, pelo contrário, pressupõe-se sim que a avaliação seja realizada de uma forma contínua. Ruivo et al. (2010) recomenda com base nas orientações de Leite & Malpique (1989) que na metodologia de projeto, a avaliação seja uma constante no percurso da sua execução. O mesmo autor, referindo-se a Carvalho & Diogo (2001), propõe que a avaliação seja a análise reflexiva ao caminho percorrido, às atividades implementadas e consequentemente a redefinição de objetivos, estratégias e recursos que permitam a operacionalização do projeto.

Reportando-nos ao projeto em causa, esta avaliação foi realizada de uma forma contínua, uma vez que existiram vários momentos de partilha com a equipa de enfermagem, nomeadamente, na recolha de contributos para a análise SWOT, na divulgação dos resultados e aquando da sessão de formação. Tal como é recomendável por Castro & Ricardo (1993), em Ruivo et al. (2010), a avaliação intermédia é um momento de pausa e uma análise sobre o percurso desenvolvido. Assim, consideramos que a divulgação dos resultados da análise SWOT nos proporcionou essa avaliação intermédia, uma vez que foi um momento introspetivo importante e que nos permitiu ajustar e delinear atividades a desenvolver, tendo em consideração as sugestões dos restantes elementos da equipa.

A metodologia de projeto exige também uma avaliação global, relativa ao produto final (Leite & Malpique, 1989). A avaliação final implica a verificação da consecução dos objetivos definidos, como

tal, para uma avaliação mais precisa estabelecemos indicadores de acordo com o planeamento que nos permitissem verificar a operacionalização do projeto.

No que diz respeito ao objetivo de motivar a equipa de enfermagem do contexto profissional para a capacitação parental, apresentamos na tabela 1, uma síntese das atividades desenvolvidas e respetiva avaliação de acordo com os indicadores que pré-definimos.

OBJETIVO	Motivar a equipa de enfermagem do contexto profissional para a capacitação parental.
Indicador de Avaliação	Que 80 % da equipa de enfermagem participe no preenchimento da Análise <i>SWOT</i> .
Resultado	Na tentativa de dar resposta a este objetivo e após autorização da enfermeira chefe, reunimos com a equipa e solicitamos o seu contributo para o preenchimento da grelha da análise <i>SWOT</i> . Os resultados da análise é a síntese dos contributos de um total de 9 enfermeiros, o que corresponde a uma participação de aproximadamente 82% da equipa.
Indicador de Avaliação	Que, pelo menos 80 % da equipa de enfermagem participe na sessão de Formação.
Resultado	Este indicador foi superado uma vez que estiveram presentes os 9 enfermeiros, o que correspondeu a uma presença de 82 %.
Indicador de Avaliação	Que 70 % da equipa de enfermagem avalie positivamente a Sessão.
Resultado	No final da sessão foi entregue o documento que permitia avaliar a sessão formativa (Anexo IV). Esta análise é uma estratégia essencial e inerente a qualquer processo de formação, uma vez que é através dela que se avaliam os resultados. Após análise dos resultados verificou-se que a equipa classificou a sessão como muito pertinente para a prática da UCSP. Os resultados poderão ser apreciados no Apêndice XII, constatando-se que dos 9 enfermeiros que participaram na sessão todos a avaliaram positivamente, assim, este indicador atingiu os 100%.

Indicador de Avaliação	Operacionalização do guia de bolso para a equipa de enfermagem.
Resultado	Relativamente à operacionalização do guia de bolso, podemos concluir que foi concretizado e aceite por toda a equipa de enfermagem. A equipa manifestou agrado e elogiou positivamente a sua funcionalidade e aplicabilidade na prática diária.
Indicador de Avaliação	Que os indicadores de monitorização da UCSP * Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 1º ano de vida (B.I. do indicador 302, Anexo V) e * Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 2º ano de vida (B.I. do indicador 269, Anexo V), no ano de 2019 alcancem os 95% (Índice de Desempenho global do indicador no ano de 2018 (Anexo VI)
Resultado	Considero que a participação na análise SWOT promoveu uma reflexão sobre a prática clínica. A reflexão sobre a prática e a participação na sessão de formação em serviço são algumas das estratégias utilizadas que poderão ser impulsionadoras de melhoria nos indicadores. No entanto, não foi possível verificar esse impacto, pois consideramos necessário um período de tempo mais alargado, pelo menos 6 meses.

Tabela 1. Avaliação das atividades que motivaram a equipa para a capacitação parental.

No que diz respeito ao segundo objetivo, nomeadamente Identificar as necessidades e dificuldades expressas pelos pais das crianças no exercício da parentalidade, verificámos que num total de 243 crianças, inscritas na UCSP (Anexo VII), 77 pais responderam ao questionário, o que correspondeu a 32 %. Dado que tínhamos pré-definido como indicador de avaliação que 30% dos pais de crianças com idades compreendidas entre os 0 meses e os 3 anos de idade, inscritas no UCSP, no período de 12 de novembro a 18 de janeiro, preenchessem o questionário para identificação das necessidades parentais, consideramos que este objetivo foi atingido.

2.5.1. Necessidade dos pais no exercício da parentalidade positiva - Análise de resultados

O projeto desenvolvido focou-se no papel parental, uma vez que pretendíamos capacitar os pais para a promoção do desenvolvimento da criança na primeira infância. Considerámos por isso necessário investigar as necessidades e dificuldades expressas pelos pais no exercício da sua parentalidade. Perspetivando a implementação de um programa de capacitação parental, ao qual designaremos como “Juntos Crescemos”, consideramos necessário identificar as necessidades de conhecimentos dos pais, bem como, as respetivas idades em que estes sentiram mais necessidade de apoio e em que áreas específicas. Para tal recorremos a uma investigação de natureza quantitativa, através de um estudo descritivo-exploratório. Segundo Fortin (1999), uma abordagem quantitativa implica uma dedução da representação dos dados numéricos que traduzem conhecimentos objetivos das variáveis em estudo. Uma abordagem desta natureza recorre a instrumentos metodológicos e à análise estatística, o que permite uma representação realista das variáveis do estudo, possibilitando assim que os dados obtidos possam ser generalizados a outras populações (Fortin, 1999).

Selecionámos como critérios de participação no estudo, pais de crianças com idades compreendidas entre os 0 meses e os 3 anos de idade, inscritas na UCSP, no período de 12 de novembro a 18 de janeiro. Respeitando os critérios de inclusão, obtivemos para este estudo uma amostra de 77 pais. Como instrumento metodológico aplicámos um questionário da autoria de M. Lopes em 2012. Foram cumpridos todos os procedimentos éticos inerentes a uma investigação desta natureza, tal como referimos anteriormente. Para o tratamento dos dados, recorremos a uma análise estatística com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* [SPSS] - versão 24 para Windows.

A autora estruturou o questionário em cinco dimensões, que passamos a apresentar: “1. necessidades físicas da criança (engloba atividades que visam a satisfação das necessidades básicas da criança como a alimentação, repouso e higiene); 2. segurança da criança (engloba atividades que visam a proteção da saúde e dos perigos e os cuidados na doença da criança); 3. desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança (englobando as atitudes para a promoção de comportamentos adequados e atividades de promoção do desenvolvimento e estimulação da criança); 4. comunicação positiva com a criança (englobando atitudes positivas e o desenvolvimento de interação entre pais e crianças e a adoção de relacionamento de afeto e amor) e 5. Disciplina positiva (incluindo a promoção do autocontrole e o estabelecimento de limites à criança com consistência e amor)” (Lopes, & Dixe, 2012, p.2).

A partir da análise da população, verificamos que relativamente aos pais participantes, foram predominantemente as mães que responderam ao questionário, mais propriamente, 96%. Maioritariamente eram pais de filhos únicos (61,3%) e tinham idade compreendida entre os 36 e 40 anos (34,7%). Quanto à escolaridade, verificou-se que dos pais participantes maioritariamente tinham formação superior (66,7%).

Na análise realizada, verificou-se que da população da amostra as crianças na sua maioria tinham idades compreendidas entre 1 e 3 anos de idade (61,3%), sendo que 62,7% das crianças frequentavam a creche.

Verificamos ainda que 90,3% das crianças do estudo foram amamentadas, sendo que 61,4 % beneficiaram desse privilégio até aos 7 meses de idade.

Após a leitura dos resultados, concluímos que os pais manifestaram maior necessidade de conhecimentos na dimensão das necessidades físicas/segurança no 1º mês de vida, como se pode verificar na Figura 2.

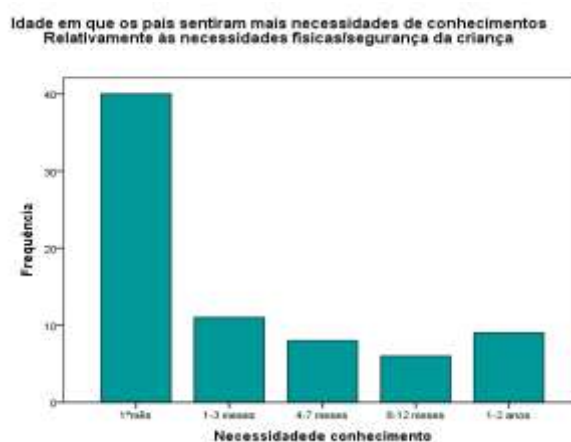


Figura 2. Necessidades parentais quanto às necessidades físicas da criança e segurança

Relativamente à dimensão do comportamento e desenvolvimento referiram sentiram mais necessidades entre o 1º e o 3º mês, tal como representa a Figura 3.

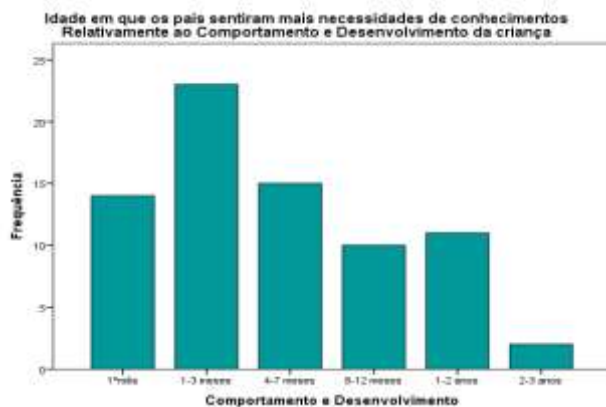


Figura 3. Necessidades parentais quanto ao Comportamento e desenvolvimento

Na dimensão da comunicação não se verificou grande variabilidade entre as idades, como se pode apreciar na Figura 4. Esta cotação corrobora com a necessidade de se investir em estratégias de comunicação ao longo de todo o ciclo de vida no sentido de promover a interação entre pais e filhos, fomentando assim uma relação mais afetuosa que por sua vez se irá repercutir positivamente no desenvolvimento da criança.

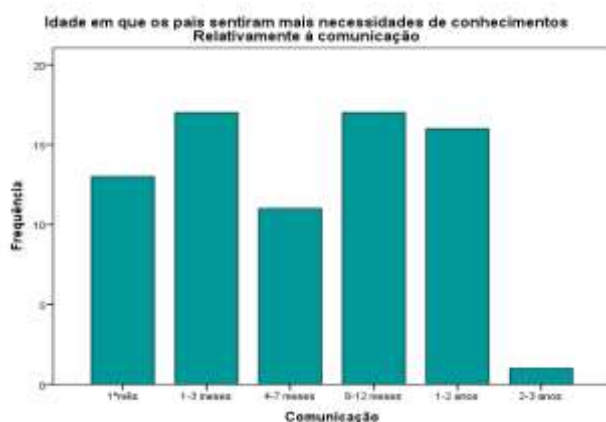


Figura 4. Necessidades parentais quanto Comunicação

Na dimensão da disciplina referiram que é a partir do 8º mês que sentem mais a necessidade de imposição de limites, sendo o seu pico entre o primeiro e o segundo anos de vida, como se verifica na Figura 5. Este resultado pode estar relacionado com o facto de ser nesta fase que a criança adquire competências motoras que lhe possibilitam uma maior mobilidade e conseqüente mais riscos de acidentes, fazendo com que os pais se deparem com a necessidade de estabelecerem limites.

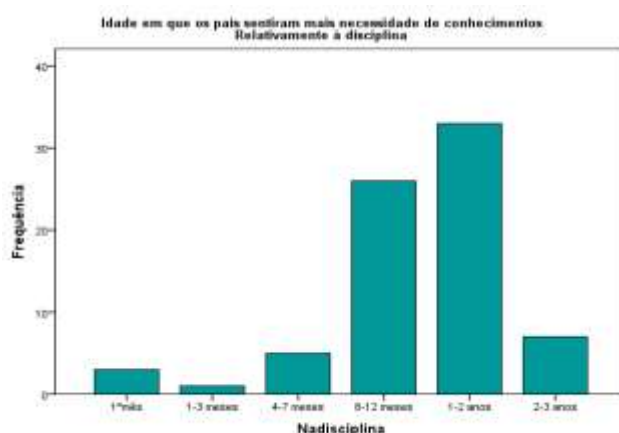


Figura 5. Necessidades parentais quanto Comunicação

Na tabela 2 apresentam-se os dados sobre a autoperceção da necessidade de conhecimentos dos participantes. A dimensão das necessidades físicas foi onde em média os participantes referiram mais necessidade de conhecimentos (M = 2,62), seguida da dimensão disciplina positiva (M = 2,41). Os itens em que os participantes revelaram maior necessidade de conhecimentos foram relativos aos procedimentos respeitantes à amamentação, introdução de novos alimentos; padrão de sono da criança; lidar com as cólicas, interpretar os sinais de doença na criança e cuidar da mesma quando doente, bem como, no estabelecimento de regras/limites apropriados à idade e ao desenvolvimento da criança. Foram ainda apreciados outros dados colhidos nos questionários, no entanto, considerámos que não seria revelante descrevê-los nesta fase do projeto.

Estatísticas Descritivas

Variáveis	Média	Variância
NECESSIDADES FÍSICAS DA CRIANÇA	2,62	
Procedimentos na amamentação	2,65	1,581
Procedimentos para aleitamento	2,48	1,442
A lidar com o comportamento da criança na amamentação/aleitamento	2,61	1,078
A avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança	3,00	1,216
Na introdução de novos alimentos	2,83	1,280
Na preparação das primeiras sopas	2,32	1,248
A ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono	2,75	1,813
A dar os primeiros banhos	2,11	1,367
A cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas	2,80	1,622

SEGURANÇA DA CRIANÇA	2,13	
Na identificação dos alimentos saudáveis	1,91	,897
Na preparação de um ambiente seguro (sem perigos) para a criança	2,03	1,026
Na identificação de ambientes nocivos para a criança (exposição ao tabaco, chumbo, mercúrio, toxinas)	1,59	,759
A perceber os sinais de doença na criança	2,61	,835
A cuidar da criança quando está doente	2,51	,956
Na compreensão da importância da vigilância de saúde da criança (levar a consultas e vacinas)	1,63	,832
DESENVOLVIMENTO, COMPORTAMENTO E ESTIMULAÇÃO DA CRIANÇA	2,37	
A conhecer as fases de desenvolvimento.	2,39	,916
Saber quais as ações que estimulam a criança	2,64	1,234
Na escolha de materiais de aprendizagem de acordo com a idade da criança (brinquedos, música, livros)	2,32	1,194
Nas atitudes que promovem comportamentos adequados na criança	2,43	1,329
A aproveitar o momento do banho para estimular a criança.	2,15	1,154
A aproveitar o momento da alimentação para estimular a criança.	2,27	1,117
COMUNICAÇÃO POSITIVA COM A CRIANÇA	2,09	
A responder com afeto ao choro da criança.	2,01	,932
Na interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar.	2,33	,901
Nos benefícios para a criança de um relacionamento caloroso e de amor.	1,83	1,172
No estabelecimento de atividades que fazem a criança sentir-se especial e importante.	2,12	1,242
Nas atitudes que proporcionam uma comunicação positiva com a criança (simples, clara e estimulante).	2,16	1,244
DISCIPLINA POSITIVA	2,41	
Na compreensão da importância da disciplina para a criança.	2,39	1,132
A estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança.	2,57	1,005
A utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições.	2,48	1,037
A ser um bom modelo para a criança.	2,19	1,235

Tabela 2. Médias e Variâncias das respostas à Escala de Autopercepção da Necessidade de Conhecimentos dos pais para o Exercício da Parentalidade Positiva.

Com a perspetiva de uma melhoria efetiva da prática clínica, analisámos os dados recolhidos e direcionamos a nossa intervenção para uma promoção da saúde junto das famílias, tendo como principal foco de atuação o desenvolvimento da criança, este percurso serviu de base para o delinear e priorizar as sessões a incluir no programa de capacitação parental.

3. PERCURSO FORMATIVO

Para a aquisição das competências de mestre e atribuição do título de especialista, foi necessário delinear um percurso formativo. Deste modo e tendo como fio condutor a necessidade de aquisição das competências e a construção do projeto de intervenção em contexto de cuidados de saúde, procurámos seleccionar os contextos clínicos para áreas de atuação diferenciadas e que se enquadrassem na linha de investigação do projeto a realizar. Outro dos critérios de seleção era que se complementassem no sentido de proporcionarem o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP, numa perspetiva holística e científica.

Tendo em conta o que refere Benner (2001), a aquisição de competências faz-se seguindo uma lógica, que a autora organizou por estádios, a saber: Iniciado, iniciado avançado, enfermeiro competente, proficiente e perito. Segundo a descrição da autora, perito é um profissional com enorme experiência e capaz de compreender intuitivamente a situação no seu todo. É um profissional com um elevado nível de adaptabilidade, que age de uma forma célere e em conformidade com a situação. Considerando este enquadramento, determinámos o rumo deste percurso com o propósito de nos orientar no sentido do desenvolvimento das competências cruciais a um perito.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista emanado pela OE (2019) (...) “o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza -se, em competências comuns, (...), e em competências específicas” (p.4745). Segundo o mesmo regulamento para a certificação de competências é necessário “ reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção, direccionado a atestar a formação, experiência ou qualificação do enfermeiro numa área diferenciada, avançada e ou especializada” (OE, 2019, p.4745).

Assim, para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências seleccionamos os seguintes contextos de estágios: Serviço de Urgência Pediátrica [SUP], seguido pelo contexto de Consultas Externas de Pediatria [CEP], Unidade de Internamento de Pediatria [UIP] e CSP, nomeadamente, na Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC].

Ainda no âmbito do Curso de Mestrado em Associação, considerámos relevante a formação contínua, motivo pelo qual participamos em formações creditadas que contribuíram para a aquisição de competências específicas do EEESIP, mais propriamente, Curso de Suporte Avançado de Vida Pediá-

trico Europeu, que foi concluído com aproveitamento quer na avaliação prática, quer na teórica e cujo certificado de participação pode ser apreciado no Anexo VIII. Com este curso adquirimos novos conhecimentos teóricos e práticos na abordagem à criança gravemente doente.

Participamos ainda no “VII Encontro de BENCHMARKING em Pediatria”, promovido pela OE. Esta oportunidade surgiu paralelamente ao Estágio, tendo sido uma mais-valia para a atualização de conhecimentos científicos baseados na investigação em enfermagem. O programa deste encontro pode ser apreciado no Anexo IX e o certificado de participação no Anexo X.

Outro dos encontros que tivemos a oportunidade de participar foi “ V Encontro do Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência da ULS”, tendo sido uma mais-valia para a prática profissional, uma vez que a saúde mental das crianças e jovens é atualmente uma problemática de destaque, e que devido à extensa e variada gama de problemas por vezes limitam a nossa atuação. O certificado poderá ser apreciado no anexo XI.

A OE caracteriza EE como um profissional que “possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, as mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (OE, 2019, p.4745). Perante esta descrição a problemática que norteou este percurso foi a Capacitação dos pais para o desenvolvimento das suas potencialidades, como resposta positiva à promoção do desenvolvimento infantil na primeira infância, “Empowerment Parental - Contributos do Enfermeiro Especialista”. No entanto, importa referir que este fio condutor não se cingiu apenas à performance como futura especialista na referida área temática, mas sim em todos os domínios da responsabilidade do EESIP.

3.1. ANÁLISE REFLEXIVA DAS APRENDIZAGENS E COMPETÊNCIAS INERENTES AO EESIP

Neste tópico do presente relatório passaremos a explicitar o percurso, através de uma análise reflexiva dos objetivos de estágios, das atividades desenvolvidas e conseqüentemente das competências comuns e específicas do EESIP adquiridas.

Os conhecimentos adquiridos na vertente teórica são mais profícuos quando complementados com a prática, para a qual o sentido de procura de autoconhecimento e no estabelecimento de novas relações profissionais e organizacionais é de extrema relevância. A maturação profissional conseguida ao trilhar este percurso, foi altamente gratificante quer pela influência da relação com outros profissionais, quer pelos ganhos de saúde ao conhecer outras realidades e outras experiências, que nos fizeram muitas vezes refletir e valorizar aspetos na nossa prestação, mas também reconhecer limitações pessoais, profissionais, ou mesmo organizacionais, que até então eram desconhecidas.

3.1.1. Estágio I - Serviço de Urgência Pediátrica

O serviço selecionado para desenvolver a UC de Estágio I, foi o SUP e no qual tivemos uma permanência de 6 semanas, ou seja 216 horas de prática clínica. Este contexto de estágio permitiu desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados ao doente crítico em idade pediátrica, a fim de enquadrar a competência específica o EEESIP, nomeadamente “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2018, p.191192).

Para este estágio foram definidos três objetivos específicos, que passamos a apresentar: Desenvolver competências no cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; Prestar cuidados globais e individualizados na doença aguda ou agudização da doença crónica e Promover a capacitação parental em situações complexas através da parceria de cuidados.

Relativamente ao SUP, este desenvolve a sua atividade assistencial recebendo crianças/jovens até aos 17 anos e 364 dias de idade e respetivos familiares, em situações de doença súbita e/ou agudização de doença crónica, que necessitem de cuidados de saúde diferenciados, para serem observados por diversas especialidades.

A filosofia da prestação de cuidados assenta no envolvimento da família e na parceria de cuidados com os pais que permanecem com a criança em todo o percurso de atendimento. A equipa de enfermagem da Urgência Pediátrica tem como fundamento na sua prática os pressupostos, valores e missão da própria instituição e, tem como objetivo principal proporcionar cuidados de enfermagem à população pediátrica e seus acompanhantes, de acordo com as suas necessidades e

tendo em consideração os Direitos da Criança e a Carta da Criança Hospitalizada, tendo como conduta de ação os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão.

O SUP dispõe de sala de espera, sala de triagem, gabinetes médicos, sala de aerossóis, sala de tratamentos/pequena cirurgia, sala de reanimação e Unidade de Internamento de Curta Duração [UICD]. Este serviço recebe apoio de diversas especialidades, nomeadamente, da Ortopedia, Cirurgia Pediátrica e Geral, Neuropediatria, Pedopsiquiatria, Otorrino, Oftalmologia e Gastro.

O método de trabalho no SUP é o método de equipa, em que cada enfermeiro durante o turno realiza os cuidados, necessários à criança e família correspondentes ao local a que se encontra destinado, havendo ainda um enfermeiro que coordena. Os cuidados são personalizados e centrados no utente. Na UICD o método de trabalho é o individual, em que o enfermeiro é responsável por todos os cuidados prestados a um certo número de crianças. Embora esteja preconizada esta metodologia de trabalho, não existe impedimento que seja promovido o trabalho em equipa, verificando-se muitas vezes a interajuda na equipa.

As expectativas para este estágio foram ambiciosas, uma vez que apesar de ser uma área bastante distinta do nosso contexto de trabalho é uma área que sempre nos cativou. A panóplia de novas situações e a organização do serviço superou as expectativas, uma vez que nos permitiu um vasto leque de oportunidades de aprendizagem e consequentemente aquisição de competências. Com o intuito de aprofundar conhecimentos e desenvolver a competência **E1.2.**, em que o EEESIP “Diagnóstica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, p.19193), procurámos perceber quais as patologias mais frequentes no SUP, e recorremos a bibliografia de referência, normas e protocolos instituídos no serviço a fim de sustentar a prática em documentos orientadores e antecipar sinais de agudização das situações.

No decorrer do estágio tivemos desde doenças comuns da infância a traumatismos ligeiros, a situações de Diabetes Descompensada, Bronquiolite, Traumatismo Craniano, Atividade Convulsiva, Acidente Vascular Cerebral, entre outras.

Apesar de termos tido oportunidade de estar nas diversas valências, a aprendizagem concentrou-se sobretudo no contexto da UICD, onde a criança e o seu familiar permaneciam um período mais alargado. Esta permanência permitiu a observação criteriosa da abordagem em situações agu-

das, o que consequentemente contribui favoravelmente para a minha evolução gradativa na prestação de cuidados.

O circuito da criança, desde o momento da admissão até ao momento da alta, permite aos enfermeiros momentos exclusivos para fomentar comportamentos potenciadores da sua saúde. No entanto para maximizar os comportamentos potenciadores de saúde, é necessário que o enfermeiro detenha não só conhecimentos específicos, sobre a fisiopatologia da doença e protocolos de atuação, mas também que detenha conhecimentos da complexidade do desenvolvimento infantil, nomeadamente, das variações daquilo que poderá ser considerado um desenvolvimento normal.

No decorrer do estágio, várias foram as oportunidades de orientar a criança/jovem e família, proporcionando-lhes ensinamentos para desenvolverem as suas competências para a gestão da sua saúde, dando resposta à unidade de competência **E1.1.4.**, “proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença” (OE, 2018, p.19193). Realçamos como momento potenciador da capacitação do jovem e família para diferentes assuntos relacionados com a maximização da sua saúde e prevenção de complicações, a realização do estudo de caso a um adolescente de 17 anos, que deu entrada na SUP com uma diabetes descompensada, sendo-lhe posteriormente diagnosticado Cetoacidose Diabética. Este jovem apresentava regularmente hiperglicemias devido a uma ingestão alimentar abusiva. Perante este caso, em que o jovem com o diagnóstico de DM tipo 1 requeria cuidados especiais, o EEESIP deve promover a educação em saúde junto da criança e família, sustentando a sua prática na essência do modelo teórico dos CCF a fim de evitar novos episódios de cetoacidose diabética. Assim sendo e com base numa avaliação inicial elaborámos um plano de cuidados e aplicamos ao jovem e à mãe. Com a prestação de cuidados de enfermagem a esta situação clínica consideramos ter desenvolvido outra competência específica, nomeadamente **E2.1.** “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”, uma vez que foi necessário mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e permitir assim antecipar e perceber onde e como pode o enfermeiro atuar. Após a estabilização do jovem pretendemos dar continuidade ao progresso da sua saúde implementando um plano de cuidados, que deu resposta à competência **E1.1.** “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”; e ainda à competência **E2.5.** “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE,2018, p.19193).

Na procura da excelência no exercício profissional o EEESIP, “conjuntamente com a criança/jovem desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, constituindo-se como elementos importantes de enfermagem, com vista ao apoio na inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais” (OE, 2017a, p.9). Perante o descrito e considerando que a aplicabilidade do plano de cuidados, foi um processo dirigido ao jovem e à família para adaptação ao problema de saúde e que este foi aceite pelo jovem, uma vez que manifestou interesse na negociação e revelou-se motivado para mudar de atitude, reforçando a tomada de decisão do contrato de saúde. O delinear e aplicar este processo permitiu assim o desenvolvimento da competência **E3.4.**, em que o enfermeiro “promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” (OE, 2018, p.19194).

Na prática da enfermagem todas as intervenções devem ser baseadas numa recolha de dados assente em estratégias de comunicação adequadas e um domínio de algumas habilidades e estratégias de comunicação com a criança e a família. As habilidades comunicacionais devem ser adaptadas aos estadios de desenvolvimento da criança, à situação e também à família, tendo em conta a sua cultura e o grau de literacia que nesta situação específica se tratava de um adolescente com quadro deficitário e sérias dificuldades de aprendizagem, despoletou em mim uma necessidade acrescida de captar o seu interesse. Durante a abordagem ao jovem este referiu varias vezes sentimentos de inferioridade, manifestados por vezes com tristeza por não conseguir ler e escrever como os outros, motivo pelo qual se afastava de algumas atividades sociais e levava ainda a algum absentismo escolar. Esta especificidade do jovem interferia com a adesão ao regime terapêutico e conseqüentemente desencadeava episódios de descompensação da doença.

O jovem tímido e pouco comunicativo, permaneceu na UICD de forma muito reservada. No entanto, após a entrevista ficou mais entusiasmado relativamente ao seu objetivo, que era ser cozinheiro. Digamos assim que o resultado do diálogo foi animador. Na abordagem a este jovem procurou-se transmitir as informações com clareza, sem uso a termos técnicos, num discurso adaptado ao seu nível de compreensão, facultando-lhe a oportunidade para esclarecer dúvidas e ainda a esperança de que existem percursos escolares alternativos que poderá prosseguir, a fim de alcançar o seu objetivo de ser cozinheiro. Perante o resultado animador do diálogo com o jovem consideramos ter adquirido a competência **E3.3.**, em que “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, p.19194).

Sendo este um contexto de estágio muito associado a stress físico e psicológico, o que mais me fascinou foi a preocupação de toda a equipa em minimizar o impacto desses mesmos fatores stres-

santes inerentes à experiência da hospitalização e/ou vivência de situações de doença. A equipa recorreu sempre que possível a soluções muito criativas que os colocou num ponto diferenciador dos demais serviços pelo qual foi o meu percurso. Algumas das atividades desenvolvidas prendem-se com o uso de objeto de segurança, sugestão ao pensamento mágico, a técnicas de distração, incluindo hipnose, as bolas de sabão e visualização de desenhos animados na TV exposta quer em sala de espera, quer na sala de tratamentos/pequena cirurgia e na UICD. No caso de lactentes optavam sempre que possível o consolo com o colo, a voz ou a face do familiar. O recurso a estas estratégias despoletou-nos um interesse acrescido, recorrendo assim a bibliografia de referência sobre o tema, para aprofundar conhecimentos. No decurso da nossa prestação de cuidados, foi regra básica a avaliação sistemática do 5º sinal vital, a dor, assim como, a otimização das estratégias de alívio da dor, a fim de melhorar a qualidade de vida das crianças, o que dá resposta à competência **E2.2.** “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018, p.19194).

Durante este período de estágio, procurámos acompanhar o maior número de casos possíveis que nos possibilitassem desenvolver a antecipação de focos de instabilidade clínica, dando resposta a uma das competências específicas do EEESIP. A situação mais marcante de instabilidade das funções vitais foi a de uma criança de 4 anos de idade que deu entrada no SUP em convulsão. Nesta situação específica, presenciei a dinâmica necessária do trabalho de uma equipa em contexto emergente e no qual o líder tem um papel de destaque. Pela não cedência à terapêutica instituída, a criança após realização de exames complementares de diagnóstico foi transferida para a unidade de cuidados intensivos pediátricos, com o diagnóstico confirmado de Acidente Vascular Cerebral. O facto de ter sido membro integrante da equipa de cuidados à criança, considero adquirida a competência **E2.1.**, em que o EEESIP “reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2018, p.19193).

Durante este período de estágio prestamos ainda cuidados a uma criança com o diagnóstico de Síndrome de Prune Belly, também conhecida como Síndrome do Abdómen em Ameixa Seca. Esta síndrome é caracterizada por sintomas que se organizam em uma tríade de anormalidades congêntas, baseada pela ausência, deficiência ou hipoplasia congênita da musculatura da parede abdominal, além de anormalidades do trato urinário acompanhada de criptorquidia bilateral (Brum, 2010). Perante esta situação tivemos necessidade de aprofundar saberes práticos e teóricos sobre a patologia e necessitamos também de perceber o progresso da doença, recorrendo a uma entrevista com a mãe, que nos ajudou a perceber a história clínica. Devido aos vários problemas identificados nesta situação específica, esta criança e família durante a hospitalização mereceu maior atenção da nossa

parte. Foi possível verificar o quanto é stressante para os pais, o desempenho do seu papel enquanto cuidador, assim na abordagem aos pais nesta situação específica procuramos reforçar a necessidade de estarem envolvidos, assumindo sempre uma parceria de cuidados, como tal, procurámos sempre que possível inclui-los nos procedimentos a realizar, quando isso não era possível pedimos a sua colaboração para serem a fonte de conforto e segurança do seu filho. Consideramos que esta parceria de cuidados é de extrema importância, uma vez que no caso de hospitalização os procedimentos a realizar são executados pela equipa de enfermagem, mas após a alta, alguns desses cuidados passam a ser competência dos pais e familiares. Com estas intervenções desenvolvi a competência **E2.3.**, em que o enfermeiro “Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2018, p.19193).

3.1.2. Estágio Final

O Estágio Final dividiu-se em 4 contextos clínicos, nomeadamente na CEP, na UIP e na UCC. O percurso formativo do estágio final foi selecionado de acordo com a nossa linha de investigação, no entanto, como considerámos a neonatologia uma limitação profissional, propusemo-nos desenvolver um estágio de observação, sendo que esse pedido nos foi concedido. Os estágios estavam organizados em períodos de 4 semanas, à exceção do último que teve uma duração de 8 semanas, o que favoreceu o desenvolvimento do projeto de intervenção. Os estágios foram muito enriquecedores na medida em que fomentaram uma partilha de experiências, discussão crítica e uma análise reflexiva sobre a prática clínica especializada, permitindo assim o desenvolvimento de algumas das competências específicas e aquisição de outras competências. Nos itens seguintes iremos descrever como adquirimos as competências do EE e as competências específicas do EEESIP.

3.1.2.1. Consulta Externa do Departamento de Pediatria.

A CEDP é uma Unidade Funcional destinada a um atendimento em ambulatório. Esta unidade presta cuidados de saúde diferenciados a crianças/jovens até aos 17 anos e 364 dias de idade, da sua área de influência mas também de outros centros urbanos e de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa [PALOP].

Este departamento é dotado de uma equipa de profissionais que inclui Médicos, Enfermeiros, psicólogos, Dietistas, terapeutas da Fala, Educadores de Infância e Assistentes operacionais. Têm múltiplas consultas de especialidade, nomeadamente Reumatologia Pediátrica, a Neurocirurgia, Dermatologia Pediátrica e Cirurgia Plástica (consulta de Fenda Palatina), Diabetologia, Alergologia, entre outras. Existem consultas autónomas de enfermagem, nomeadamente de Alergologia, Asmologia, Diabetologia, Fibrose Quística, Nefrologia, Neurocirurgia, Obesidade e consulta de vigilância de saúde Infantil.

A filosofia deste departamento assenta no conceito de *Friendly, HeALTH Services* da OMS, ou seja, um conceito de concentração num espaço físico único, um atendimento adequado às características do desenvolvimento da criança e adolescentes, planeado especificamente para o efeito com profissionais treinados na área a que se destina.

Esta unidade funcional possui central de colheitas, onde são realizadas recolhas de amostras para análise a todos os utentes do departamento, a crianças de outros departamentos e de C.S. da área de influência.

São ainda realizadas algumas técnicas específicas associadas a determinadas especialidades, nomeadamente testes de alergologia (cutâneos e de provocação), administração de imunoterapia específica e administração de vacinas do Plano Nacional de Vacinação [PNV].

Este departamento articula-se com outra unidade hospitalar e promovem cuidados de saúde diferenciados no domicílio, através da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário [UMAD]. Através da UMAD prestam-se cuidados de saúde diferenciados à criança portadora de uma doença crónica, sendo que algumas delas dependem de tecnologia de forma permanente ou transitória. A UMAD apoia sobretudo doentes das áreas respiratórias e nefrológicas e recém-nascidos com risco clínico e/ou social. Os diagnósticos mais frequentes são tetraparésia, dismorfias/ doença genética, doenças neuromusculares, displasia broncopulmonar, entre outras.

A UMAD promove atividades no domicílio, nomeadamente monitorização clínica, supervisão da funcionalidade de equipamentos, prestação de cuidados diferenciados, apoio aos cuidadores e reforço de ensinos. Outra atividade de relevo da UMAD é a articulação entre o hospital e as UCSP/UCC da área de residência dos doentes.

A forma como cada contexto contribuiu para crescimento pessoal e profissional e apropriação das diferentes competências foi distinta. Neste contexto específico, destacamos como relevante na aprendizagem a existência de consultas autónomas de enfermagem em diversas valências, nomeadamente, diabetologia, alergologia, asma, obesidade, hipertensão e nefrologia. Esta multiplicidade de consultas possibilitou-nos compreender aspetos organizativos da consulta autónoma de enfermagem, assim como a dinâmica dos enfermeiros na abordagem à criança/jovem e família portadora de doença crónica.

Com o propósito de confrontar as práticas dinamizadas na consulta autónoma de enfermagem, procuramos colaborar nos cuidados de enfermagem à criança, no entanto, neste contexto específico, as atividades inerentes ao acompanhamento de crianças, jovens e famílias portadores de Diabetes Mellitus [DM] tipo 1, foi a que suscitou maior interesse e que mais contribuiu para a prática diária. Neste sentido e perspetivando uma melhoria no exercício profissional, enquanto EESIP na comunidade, nomeadamente na maximização do bem-estar da criança/jovem com necessidades de saúde especiais e/ou incapacidades, procurámos ao longo deste estágio participar ativamente no processo de colocação de bomba com o Sistema de Perfusão Contínua de Insulina [SPCI].

Na primeira semana de estágio, tivemos a oportunidade de observar as rotinas, de consultar os manuais de normas e procedimentos, bem como, assistir a uma sessão de formação dirigida a crianças e jovens com DM tipo 1 e seus familiares que iam iniciar um plano terapêutico SPCI. A formação tinha como objetivo principal elucidar os pais e as crianças sobre aspetos práticos inerentes ao SPCI. A sessão foi dinamizada pela equipa da especialidade, nomeadamente, médica, nutricionista e enfermeira que acompanhavam a criança e a família. Após conclusão do processo educativo, foi nos possível integrar no grupo de trabalho da diabetologia e assim colaborar diretamente no plano terapêutico da criança. Para essa colaboração foi necessário mobilizar aprendizagens anteriores e procurar consolidar outras não adquiridas, através de pesquisas em bibliografia de referência, tendo sido igualmente fundamental mobilizar outros recursos existentes no serviço, nomeadamente, a equipa multiprofissional e alguns materiais demonstrativos para exemplificação de técnicas e outros materiais informativos (folhetos e manuais pré-existentes).

A mobilização dos vários recursos, que otimizavam o plano de cuidados deu resposta à competência específica de EE. **C.1.** “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (OE, 2019, p.4748). A oportunidade de acompanhar e colaborar com as crianças e respetivas famílias no percurso de aprendizagem, assim como, instruí-las para a auto monitorização da glicemia capilar com o novo sistema, treinar a colocação de cateter e

toda a preparação e programação necessária para garantir a funcionalidade do SPCI foi extramente enriquecedora. A colaboração com a equipa na adequação do regime terapêutico, nomeadamente, para o ajuste de insulina, de acordo com a ingestão de hidratos de carbono, a glicemia e à atividade física, foi também muito desafiante. Perante o descrito podemos considerar como adquirida uma das competências específicas do EESIP, nomeadamente a **E2.5**. “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE, 2019, p.19193). Com a aprendizagem descrita, ficámos mais sensíveis para a necessidade de um maior investimento no suporte à criança com necessidades especiais e seus familiares em contexto comunitário. Esta sensibilidade surge porque em caso de doença crónica é essencial que a gestão seja eficiente e ao surgir especificamente na infância, o papel dos cuidadores assume-se com grande destaque. Assim enquanto futura EESIP na comunidade, consideramos que para uma gestão eficaz da doença crónica, é necessário o envolvimento da criança e respetiva família, mas também é necessário o apoio da equipa de saúde, uma vez que esta está num contexto privilegiado que poderá mais facilmente identificar as necessidades da criança e sua família e perspetivar a intencionalidade dos intervenientes no processo de gestão da doença. De acordo com o GOBP, nomeadamente, o “Assistir a criança com DM tipo 1”, “a diabetes uma doença crónica que implica sempre mudanças e reajustamentos na família, confrontando-a com a necessidade de reformular o seu equilíbrio, é útil envolver os membros mais próximos no processo educativo para conseguir a respetiva participação, gerir possíveis problemas e garantir a vigilância e o controlo metabólico” (OE, 2011,p.117).

Neste contexto específico de acompanhamento das crianças e familiares na colocação do SPCI, consideramos ter contribuído para a otimização de conhecimentos e capacidades promotoras do desenvolvimento de competências parentais e conseqüentemente maior autonomia familiar no cuidado à criança, o que irá facilitar no processo de adaptação à doença. Esta oportunidade contribui para a aquisição da competência **E1.1**. “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2018, p. 19193).

Maioritariamente, as crianças e jovens seguidas em consultas neste departamento, apresentavam doenças crónicas, esta particularidade pode conduzir a alterações de crescimento ou de desenvolvimento. Daí que enquanto futura EESIP e estando atenta para esta predisposição, procuramos sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de um acompanhamento sustentado em instrumentos válidos, sensibilizamos ainda para a necessidade de encaminhamento sempre que necessário, desenvolvendo assim competência **E3.1**. onde o EEESIP “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2018, p.19194). Para a sensibilização da equipa

delineamos uma sessão formativa, no entanto não foi possível fazer a sua apresentação devido a limitações temporárias. Com o intuito de uniformizar a avaliação do desenvolvimento infantil, construímos um kit de acordo com as orientações do PNSIJ. O material apesar de ser recomendado, a maioria dos serviços de saúde não tem ao seu dispor, o que condiciona a correta e adequada avaliação do desenvolvimento infantil. Organizámos ainda um quadro síntese da escala *Mary Sheridan* Modificada, que ficou disponível no gabinete de enfermagem destinado à consulta de vigilância do desenvolvimento infantil. A elaboração do kit permitiu dar resposta a competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente, a competência comum do EE “**B2.** Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” (OE, 2019, p.4747)

Ainda neste contexto de estágio tivemos a oportunidade de desenvolver competências comuns do EE, nomeadamente, na área da gestão dos cuidados de enfermagem, uma vez que a enfermeira tutora desempenhava funções de chefia. Tivemos assim a possibilidade de cooperar na verificação de Stocks de medicação e material clínico, permitindo uma tomada de consciência da necessidade de organização do material. Tivemos ainda a possibilidade de melhorar uma folha de cálculo, que continha um mapa de calendarização dos domicílios e respetiva distribuição por enfermeiros. Assim, consideramos ter ido ao encontro da competência comum do EE, nomeadamente, a “**C.2.** Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p.4748)

Neste contexto de estágio, tivemos ainda a oportunidade de efetuar uma visita domiciliária através da UMAD, a um jovem de 16 anos de idade, dependente total em todas as atividades de vida diária, devido à tetraparesia provocada por um mau trato na infância. O causador desta situação foi o pai do jovem, quando este tinha 3 anos de idade. A partir desse incidente o jovem ficou ao cuidado dos avós maternos. Apesar do problema de base desta criança acarretar vários procedimentos técnicos, o que mais nos impressionou nesta visita domiciliária foi a relação entre o cuidador e o jovem. Esta visita permitiu-nos ter uma noção da relação familiar na sua globalidade, pois neste caso específico foi bem evidente o quanto é importante uma relação afetuosa entre quem cuida e quem é cuidado. Os benefícios desta relação foram bem evidenciados pela tranquilidade do jovem quando o avô lhe prestava os cuidados. A visita domiciliária permitiu-nos verificar a dinâmica da família, mas também como esta se insere e interage com a sociedade, as condições habitacionais e o despiste de situações de risco. Constatou-se que as condições habitacionais não eram as ideais, pois o jovem estava num quarto sem janela para o exterior e a cama do jovem não era adequada, dado que a cabeceira não fazia a elevação devido a uma avaria. Perante este caso foi necessário mobilizar

recursos institucionais para a disponibilização de uma nova cama articulada, bem como, os serviços da autarquia para realizar o transporte da cama para o domicílio. Foi ainda efetuada a referenciação para o serviço social.

Durante a visita domiciliária constatámos que a família se mostrou muito recetiva à nossa abordagem, relatando a sua história de vida, os seus hábitos e costumes, mas também se mostrou muito recetiva a aquisição de conhecimentos, e de mudança de hábitos desde que fossem para o bem do jovem. Com estas intervenções desenvolvi a competência **E3.3**. “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, p.19194), a competência comum do EE **A2**. “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, nomeadamente, através do “respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos” (OE, 2019, p.4746) e a competência **B3**. Garante um ambiente terapêutico e seguro através da promoção de “um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo” (OE, 2019, p.4747).

3.1.2.2. Unidade de Internamento de Pediatria.

A UIP pertence ao departamento da mulher, criança e adolescente. Esta unidade recebe crianças/jovens dos 28 dias até aos 17 anos e 365 dias. É uma unidade com uma lotação para 27 crianças.

A filosofia da prestação de cuidados assenta no envolvimento da família e na parceria de cuidados com os pais que permanecem com a criança durante o período de hospitalização. A equipa de enfermagem tem como fundamento na sua prática os pressupostos, valores e missão da própria instituição e, tem como objetivo principal proporcionar cuidados de enfermagem à população pediátrica e seus acompanhantes, de acordo com as suas necessidades e tendo em consideração os Direitos da Criança e a Carta da Criança Hospitalizada. Este serviço recebe apoio de diversas especialidades, nomeadamente, da Cirurgia Pediátrica e Geral, Ortopedia, Urologia, Neuropediatria, Pneumologia, Endocrinologia e Otorrino.

O método de trabalho utilizado neste serviço é o método individual, em que o enfermeiro é responsável por todos os cuidados prestados a um certo número de crianças.

Este departamento é dotado de uma equipa de profissionais que inclui Médicos, Enfermeiros, Educadores de Infância e Assistentes operacionais, mas também recebe apoio de Fisioterapeutas, Psicólogos, Dietistas e Assistente Sociais.

Neste contexto de estágio tivemos a oportunidade de acompanhar uma diversidade de situações, sendo as mais frequentes as patologias do foro respiratório, situações pré e pós cirúrgicas, mas acompanhamos ainda crianças e jovens de outras especialidades, mais concretamente, neurologia, pneumologia, hematologia e endocrinologia.

No período em que decorreu o estágio tivemos a possibilidade de cuidar de uma criança com Síndrome de Abstinência do Recém-Nascido e de outra por internamento social. Nestes casos específicos, em que se confirma uma fragilidade na estrutura familiar e se verificam antecedentes maternos de risco, é de extrema importância dar suporte aos pais para fomentar uma parentalidade positiva. O sucesso da maternidade numa situação desta complexidade, depende das competências adquiridas ainda no meio hospitalar, sendo exetável que a aquisição de competências parentais se manifeste de forma gradual até ao alcance do cuidado integral. Perante uma conjuntura de grande vulnerabilidade, torna-se assim necessário intervir preventivamente, organizando uma rede de suporte que apoie a família, assegurando desta forma o compromisso em defesa dos direitos da criança. Esta atuação passa muitas vezes pela sinalização da situação às entidades responsáveis e que acompanham as crianças e jovens em risco.

Indo ao encontro da filosofia da Unidade de Internamento e orientando a prática diária com base no GOBP, “Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização”, que recomenda que o “enfermeiro de referência se constitua como uma mais-valia no processo de preparação do regresso da criança/família a casa” (OE, 2015, p.18). Segundo Barros & Teixeira (2003), citado no GOBP, o enfermeiro de referência assume um papel relevante na admissão da criança e família, no decorrer do internamento e na preparação da alta, uma vez que deve desde logo procurar identificar as necessidades das crianças e dos pais, assim como, envolve-los no processo de cuidados mas também deve procurar informar-se dos recursos disponíveis da comunidade que garantam a continuidade dos cuidados (OE, 2015). Assim ao preparar a alta destes casos específicos foi necessário uma abordagem multidisciplinar, uma articulação entre serviços e fundamentalmente um aliciar para vinculação, sensibilizando para a importância das diferentes dimensões da vida da criança e da família,

desenvolvendo assim a competência **E1**. “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, nomeadamente, a **E.1.2**. que “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, p.19193).

Este estágio permitiu contactos mais prolongados com a criança e família, o que considerámos como muito profícuo no que diz respeito ao desenvolvimento de habilidades comunicacionais. Como estratégias utilizadas para desenvolver esta habilidade, destacamos a preocupação em adequar a linguagem ao grupo etário da criança, assim como, o encorajamento para expressar sentimentos, emoções e medos inerentes à doença/hospitalização. A valorização dos sentimentos das crianças e pais favoreceu a relação terapêutica e conseqüentemente um maior envolvimento no plano de cuidados. Outra das estratégias que considerámos relevante, foi a oportunidade de proporcionar brincadeiras espontâneas às crianças enquanto esta está hospitalizada, tendo estas sido desenvolvidas no seu quarto, no leito, ou na sala destinada e equipada para o efeito, assim como recorrer à brincadeira direcionada para desmistificar alguns dos anseios referentes a procedimentos e a equipamentos. Estas estratégias foram muito estimulantes para a criança, facilitaram a receptividade aos cuidados e contribuíram para o desenvolvimento da competência, **E.3**. “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, nomeadamente a **E3.3**. “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” e a **E3.4**. “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (OE, 2018, p.19194).

Neste contexto de estágio, também desenvolvemos competências na prestação de cuidados a crianças com alterações de desenvolvimento, nomeadamente, crianças com paralisia cerebral, internadas por infeções respiratórias. Para comunicar com a criança com limitações físicas e cognitivas inerentes à patologia de base, foi também necessário desenvolver habilidades comunicacionais. Destacamos ainda o quanto foi importante conhecer o percurso das famílias destas crianças com múltiplos internamentos, assim como, as dificuldades manifestadas por estas no desempenho do papel parental e as estratégias adotadas para ultrapassar as dificuldades do seu quotidiano. Perante situações desta natureza, é recorrente os pais manifestarem labilidade emocional devido às incertezas quanto ao futuro e sinais de desgaste devido ao nível de exigência que estas patologias impõem. Assim, tornou-se essencial o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito que valoriza-se a confiança e a gratificação dos pais na prestação de cuidados ao filho. Nestes contactos tivemos ainda oportunidade de orientar estas famílias no sentido de potenciar a sua capacitação, facultando-lhes algumas estratégias para enfrentar as adversidades e

lidar com a doença, desenvolvendo a competência **E 2**. “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, mais concretamente a competência **E2.5**. “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE, 2018, p.19193).

Também neste estágio, procurámos consolidar aspetos inerentes à avaliação e registo sistemático da intensidade da dor, assim como, a otimização de estratégias de alívio da dor. Na nossa prática diária a avaliação da dor foi uma constante, e para a sua concretização foi necessário recorrer aos instrumentos indicados e validados para o efeito. Para uma tomada de decisão mais consistente foi necessário aprofundar conhecimentos sobre a avaliação da dor na criança em bibliografia de referência. Esta aprendizagem, que considerámos como muito valiosa, não só pelos conhecimentos adquiridos durante a pesquisa como também na partilha de opiniões com os colegas e na confrontação prática da sua aplicabilidade. Durante a prestação de cuidados, procurámos otimizar o alívio e controlo da dor, recorrendo em todos os procedimentos dolorosos a medidas farmacológicas e não farmacológicas. Várias foram as estratégias utilizadas para o alívio e controlo da dor na criança, no entanto, as mais utilizadas foram estratégias não farmacológicas, nomeadamente a distração, sucção não nutritiva e conforto/colo. Neste sentido, vejo cumprida a competência **E2.2**. em que o EEESIP “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018, p.191193).

3.1.2.3. Unidade Cuidados à Comunidade.

A UCC trabalha em parceria com uma UCSP, sendo que ambas estão integradas numa ULS e estão vocacionadas para a prestação de cuidados de proximidade nas vertentes da prevenção, tratamento e reabilitação dos utentes da sua área de influência. A intervenção da UCC é transversal abrangendo todo o ciclo de vida e tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de influência, no domicílio, na comunidade e nas escolas.

A UCC integra vários projetos de âmbito comunitário e presta cuidados de saúde de proximidade, no domicílio, na comunidade, nas escolas, a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis e fragilizados, nomeadamente, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (cuidados domiciliários e paliati-

vos), Saúde Escolar, Saúde Oral na escola, Intervenção Precoce, Comissão de Proteção de Criança e Jovens (CPCJ), o Núcleo de Crianças e Jovens em Risco, a Equipa de Prevenção de Violência no Adulto, e Preparação para a Parentalidade. Dinamiza ainda outros projetos, tais como, Gestão da Doença Crónica (na Diabetes e Hipertensão), Gabinete de Apoio ao Adolescente, e um projeto de articulação com o departamento de saúde mental do hospital.

Neste contexto específico, as diretrizes orientadoras da prática do enfermeiro são maioritariamente emanadas pelo Ministério da Saúde, por intermédio da DGS e da OE. Sendo que para este ensino clínico destacamos o PNSIJ, que em muito nos orientou para a avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil. Apesar de termos experiência na avaliação do crescimento infantil, sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil, como tal procuramos desenvolver neste estágio competências mais específicas. Para o desenvolvimento dessas competências planeámos consultas de saúde infantil e aplicámos como instrumento de avaliação a Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil, dos 0 aos 5 anos, nomeadamente, a *Schedule Growing Skills II*. Esta escala é considerada como um instrumento fidedigno, de rastreio rápido e eficaz do grau de desenvolvimento da criança, permitindo uma avaliação de nove áreas de competência no desenvolvimento e avalia também a área cognitiva em catorze níveis de idade (Bellman, Lingam, & Auket, 2003). Após a aplicação desta escala, consideramos que a apreciação e interpretação do desenvolvimento infantil por nós realizada tornou-se mais metódica e esclarecedora de ambiguidades sentidas ao aplicar a escala preconizada no PNSIJ, mais propriamente, a Mary Sheridan Modificada. Consideramos assim que ao aperfeiçoar habilidades na avaliação do desenvolvimento infantil, poderemos detetar mais precocemente sinais de alarme ou situações de atraso de desenvolvimento, e conseqüentemente tomar medidas para potencializar as capacidades da criança e se necessário encaminhá-las para as equipas adequadas. Neste contexto, para além de termos tido a oportunidade de participar e orientar de forma autónoma consultas de Saúde Infantil e Juvenil, tivemos ainda a possibilidade de identificar as necessidades de conhecimentos das famílias nas diferentes idades e proporcionar-lhes aprendizagens através dos cuidados antecipatórios, de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento infantil, concretizando assim a competência **E3.1**. “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2018, p. 19194).

Neste estágio pretendíamos ainda aprofundar conhecimentos sobre o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância [SNIPI], como tal dedicámos alguns períodos para perceber a legislação que o define. O SNIPI resulta da articulação entre vários ministérios, nomeadamente, os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação (Decreto-Lei n.º 281/2009). Este sistema destina-se a “crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do

corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como, as suas famílias” (Decreto-Lei n.º 281/2009, p. 7298). Perante uma criança com necessidades de saúde especiais, faz todo o sentido que seja o EEESIP a integrar as Equipas Locais de Intervenção [ELI] e neste contexto específico isso foi tido em consideração, embora tenha percebido nas reuniões que participei que essa não era regra mas sim uma exceção. Esse facto deve-se a escassez de EEESIP nas UCC, no entanto, a OE, nomeadamente, a mesa do Colégio da Especialidade em Saúde infantil e Pediátrica, emitiu o parecer nº 9/2018, onde expõe, que os enfermeiros que integram estas equipas têm que ser EEESIP (OEB, 2018). A participação nestas reuniões e a colaboração com estas famílias foi extremamente enriquecedora e traduziu de uma forma veemente o quanto é necessário ser o EEESIP a integrar a equipa de Intervenção Precoce na Infância [IPI]. O enfermeiro que integra a ELI para além de ser o interlocutor da unidade de saúde, verificando se o acompanhamento da criança em consulta de vigilância é cumprido, se o PNV está atualizado, participa ainda na avaliação do desenvolvimento da criança, através da aplicação da escala *Growing Skills II* e sua interpretação, e com base nos resultados obtidos elabora conjuntamente com outro profissional, o Plano Individual de Intervenção Precoce [PIIP], transmitindo-o posteriormente à restante equipa e à família envolvida. Foi possível colaborar com a ELI na elaboração de um PIIP, sendo este plano um documento onde se descrevem os problemas identificados, os diagnósticos e as estratégias delineadas para potencializar o desenvolvimento da criança. Este PIIP serve como documento orientador para as famílias e para a equipa de profissionais que acompanha o caso. Esta aprendizagem permitiu a consolidação da competência específica **E1**. “Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde”, nomeadamente, **E1.1**. “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, a competência **E1.2**. “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” e a competência **2**. “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, mais especificamente, **E2.4**. “Providencia cuidados à criança/jovens promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” e **E2.5**. “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”. (OE, 2018, p.19193).

A problemática da negligência e maus tratos também foi abordada neste contexto de estágio, uma vez que a enfermeira tutora integrava a CPCJ e o Núcleo de Crianças e Jovens em Risco. Ao nos confrontarmos com o número de casos em acompanhamento pela CPCJ, ficámos muito sensíveis para esta questão. Como problemática atual que é, foi nosso propósito neste contexto de estágio

aprofundar conhecimentos sobre procedimentos a realizar em caso de suspeita de maus tratos ou negligência. A percepção das diligências necessárias que dão resposta a estas situações e a identificação das estratégias ao dispor da equipa, nos diferentes contextos de assistência à criança/família, foram elementos fundamentais na aprendizagem. No entanto, neste estágio não foi possível abordar nenhuma situação diretamente, apenas colaboramos com a enfermeira tutora, reconhecemos que abordar estes casos exige conhecimentos profundos e perícia, considero que este foi um dos aspetos que nos sensibilizou para a pertinência de investir na capacitação parental, como medida para travar o surgimento ou evolução deste tipo de situações. A abordagem destas situações deu resposta à unidade de competência **E1.2.4**. “Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco)” e à **E1.2.5**. “Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção” (OE, 2018, p. 19193).

O estágio na UCC permitiu-nos ainda desenvolver a maioria das atividades que davam resposta ao projeto de intervenção. O diagnóstico situacional neste caso específico foi através de uma análise *swot*, estratégia essa que deu resposta à competência **EE A1.2**. “Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade” (OE, 2019, p. 4746). A avaliação da análise *SWOT* foi publicada e divulgada por toda a equipa em formato de boletim informativo, tendo esta iniciativa dado resposta à competência **A1.3**. “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão”, nomeadamente, a **A1.3.2**. “Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão” (OE, 2019, p. 4746). Com a concretização da sessão formativa e a elaboração do guia de bolso com a Escala *Mary Sheridan* Modificada, desenvolvemos a competência comum do **EE D2**. “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, nomeadamente, a **D2.1**. “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (OE, 2019, p.4749), assim como a **B2**. “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (OE, 2019, p.4747) e a **C2**. “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p.4748).

Durante o estágio foi também possível colocar em prática intervenções em contexto escolar, uma vez que a enfermeira tutora é responsável pela dinamização de projetos na escola. Assim, durante esse período tivemos a oportunidade de reunir com os elementos da direção do agrupamento de escolas, para elaborar em parceria um cronograma onde consta-se a calendarização de sessões de sensibilização aos alunos, sessões essas integradas no projeto de “Educar para Comportamentos de Vida Saudáveis” e sessões formativas aos professores e assistentes operacionais, sobre “Diabetes tipo 1 na Escola”.

A Orientação Técnica nº. 006/2016 da DGS propõe algumas recomendações para o acompanhamento das crianças e jovens com DM tipo 1, em contexto escolar, nomeadamente a elaboração de Plano de Saúde Individual (PSI) e um Plano de Formação. Neste período de estágio tivemos a oportunidade de atualizar o PSI de uma criança de 4 anos de idade que tinha colocado recentemente o SPCI dando cumprimento à orientação técnica da DGS. Consideramos que esta articulação entre pais/encarregados de educação, equipa de saúde escolar e a comunidade escolar é essencial na promoção da saúde da criança e na prevenção de intercorrências. Esta experiência permitiu a aquisição da competência comum de EE A2. “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019, p.4746).

Ainda no âmbito da saúde escolar, procedemos à verificação das listagens para atribuição do cheque dentista.

Neste contexto de estágio tivemos a oportunidade de intervir com a enfermeira orientadora em áreas específicas da saúde infantil e pediátrica, tendo como base os Padrões de Qualidade do EEESIP de forma a obter ganhos em saúde. Aquando das nossas intervenções tivemos sempre presente os valores de justiça, imparcialidade, de igualdade, equidade e qualidade, dando resposta à competência comum A1. “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019, p.4746).

3.1.2.4. Unidade de Neonatologia.

Uma das valências que sentíamos necessidade de conhecer era o contexto da neonatologia, motivo pelo qual, nos foi dada a oportunidade de desenvolver um estágio de observação. Reconhecendo a inexperiência nesta área específica e considerando-a como uma limitação profissional, considerámos esta oportunidade como um momento exclusivo para desenvolver habilidades necessárias para a prestação de cuidados a crianças prematuras e apoiar as suas famílias. O reconhecimento das dificuldades e lacunas existentes, enquanto pessoa e profissional na prestação de cuidados ao R.N permitiu a aquisição da competência de EE, D1. “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”, nomeadamente D1.1. “detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (OE,2019, p.4749).

Para este contexto específico o nosso principal foco de atenção foi dirigido para os cuidados promotores do desenvolvimento do R.N e a comunicação com os pais no sentido de promover a transição para a parentalidade e a adaptação ao novo papel. Assim destacamos alguns dos princípios da unidade de neonatologia imprescindíveis nos cuidados ao R.N prematuro, nomeadamente, a sensibilidade de toda a equipa para a limitação da sobrecarga de estímulos sensoriais, o respeito pela vulnerabilidade do R.N, cumprindo ao rigor todas as medidas de prevenção da infeção, a promoção da vinculação pais-filho e o incentivo ao aleitamento materno.

Embora tenha sido um estágio de observação foi possível participar, com supervisão, nos cuidados de higiene e conforto do R.N. e de alimentação. Esta oportunidade permitiu perceber que todos os procedimentos a executar a prematuros ou bebés com necessidades de saúde especiais, devem de obedecer a uma organização prévia de forma proteger o bebé. Esta experiência foi conducente com o projeto que nos propusemos desenvolver, nomeadamente a capacitação parental, uma vez que nos permitiu interagir com os pais no período de transição para a parentalidade, percebendo as reações dos pais, medos e inseguranças. Durante a nossa prestação disponibilizamos apoio emocional e facultamos as informações necessárias, para proporcionar aos pais uma participação nos cuidados. Com a interação com os pais foi também possível ajudá-los a descobrir e assumir o seu papel, ajudá-los a identificar as necessidades dos filhos e ensinar-lhes algumas das resposta necessárias, nomeadamente, no âmbito da higiene, cuidados à pele, alimentação, padrão de sono e estratégias de consolo, assim como, orientá-los para os cuidados antecipatórios de forma a potenciar a saúde do R.N. Promovemos também o aleitamento materno, assistindo e orientando a amamentação. Desenvolvemos com estas aprendizagens competências específicas, nomeadamente, a **E3.1.** “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”, a **E3.2.**, em que o enfermeiro “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” e ainda E1.1. “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança / jovem” (OE, 2019, p.19193/4).

4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior é regulamentado pelo Decreto-Lei nº63/2016 de 13 de setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e segundo o qual, o grau de mestre é atribuído para uma determinada especialidade a quem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão numa área de formação específica. Segundo este regulamento, para a obtenção do grau de mestre é necessário que o estudante “adquirir uma especialização de natureza académica com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais” (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016).

Para a obtenção do grau de mestre foi necessário delinear um percurso que desse resposta aos objetivos estabelecidos e que nos permitisse a aquisição de competências comuns e específicas de EEESIP. Todo esse percurso permitiu a aquisição de novos conhecimentos e aprofundamento de outros existentes, possibilitando a partilha de experiências e valores com outros profissionais, facilitando ainda a colaboração em projetos já dinamizados pelas unidades. No entanto, o que na nossa opinião mais nos valorizou foi a possibilidade de desenvolver um projeto profissional com base numa linha de investigação do nosso interesse e ajustado ao contexto onde iria ser aplicado.

Ao longo de todo o percurso procuramos desenvolver uma prática especializada e sustentada em evidências científicas que melhor desse resposta às necessidades de saúde da criança/jovem e família. Apesar de essa procura ter sido uma constante, foi no desenvolvimento do projeto de intervenção realizado no Estágio Final que mais se evidenciou a necessidade de investigar, uma vez que foi neste contexto que desenvolvemos uma avaliação mais aprofundada. Foi no Estágio Final, mais concretamente na UCC, que procurámos identificar junto da equipa de enfermagem lacunas e potencialidades da equipa, no que diz respeito à promoção dos cuidados antecipatórios aquando a realização das consultas de vigilância de saúde infantil. Procurámos também identificar as necessidades de conhecimentos dos pais de crianças dos 0 aos 3 anos de idade. Com base nos resultados, fizemos uma avaliação objetiva e reflexiva, formulámos um diagnóstico situacional e consequentemente planeamos as atividades que considerámos pertinentes e de acordo com as políticas de saúde instituídas. Digamos que foi através desta investigação que identificámos oportunidades de melhoria no serviço, sendo que para tal estabelecemos como prioritário o envolvimento dos nossos pares. Assim, planeámos e apresentamos uma sessão formativa que pudesse contribuir para uniformização de procedimentos e sensibilizá-se a equipa para a

necessidade de investir na promoção dos cuidados antecipatórios com vista á maximização do potencial de desenvolvimento da criança.

A elaboração do projeto de intervenção, a sua fundamentação científica, o recurso a instrumentos de investigação para o diagnóstico situacional, a dinamização de atividades, assim como a sua análise, permitiu-nos integrar conhecimentos por forma a apresentar resultados. Com a redação do presente relatório e por tudo o que explanámos ao longo deste percurso, consideramos ter adquirido competências comuns de EE, competências específicas de EEESIP e a competência de mestre, uma vez que para a aquisição desta competência procuramos ir ao encontro do que está estipulado no Decreto-Lei nº63/2016, nomeadamente, “comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016, p. 3174).

A elaboração de um artigo científico, cujo tema foi os “Contributos da Intervenção do EEESIP na Capacitação Parental” foi outra das oportunidades de investigação, uma vez que para a sua concretização recorreremos à metodologia de uma revisão integrativa através de pesquisa nas bases de dados EBSCOhost® via B-On, utilizando a metodologia PI [C] OS. A sua concretização possibilitou-nos a aquisição de um manancial considerável de conhecimentos científicos e incorporou novos contributos no contexto da prática clínica e no desenvolvimento do projeto de intervenção. O artigo científico aguarda publicação numa revista indexada, no entanto o resumo do mesmo pode ser apreciado no Apêndice XI.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegadas a esta etapa, consideramos pertinente fazer o balanço dos objetivos alcançados, uma análise sintética dos resultados obtidos, uma descrição de limitações sentidas no percurso, bem como, apresentar algumas sugestões para a melhoria na prestação de cuidados de enfermagem à criança/ jovem e família.

A elaboração do presente relatório desafiou-nos a um exercício de reflexão e análise crítica de toda a trajetória formativa, bem como, das atividades desenvolvidas. Esta reflexão possibilitou-nos não só uma melhor compreensão das aprendizagens adquiridas, como também uma certificação das competências adquiridas ao longo deste percurso.

Considerando de extrema relevância a necessidade constante do aperfeiçoamento das competências, procurámos aproveitar nos diversos contextos de estágio situações proficientes para o desenvolvimento de aprendizagens, procurando complementar as diferentes experiências com pesquisas em bibliografia de referência, com partilha de saberes com a equipa e com a discussão crítica das varias perspetivas de cuidar da criança/jovem e família. Esta forma de participação ajudou-nos no desenvolvimento de habilidades, de competências de EE e de EEESIP, promovendo a tomada de decisões mais seguras e fundamentadas, essenciais à excelência dos cuidados de enfermagem especializados em saúde infantil e pediátrica.

O desenvolvimento do projeto de intervenção, estruturado para dar resposta às necessidades identificadas no contexto profissional, foi muito promissor para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE, no entanto, foi com a sua aplicação na prática e com a dinamização das atividades que mais desenvolvemos essas competências. Para identificar as necessidades no contexto profissional quanto a temática em estudo, recorremos à análise *SWOT*, que nos possibilitou identificar as forças e fraquezas para a dinamização do projeto de intervenção e permitiu avaliar oportunidades de melhoria e antecipar ameaças a sua execução. O projeto incidiu na sensibilização dos profissionais de saúde, para a criação de oportunidades favoráveis à capacitação das famílias para o desenvolvimento das suas potencialidades, com vista a maximização do potencial de desenvolvimento da criança. Para tal, desenvolvemos um plano de formação em serviço e apresentámos um guia de bolso que sistematizava a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, a Escala de Sinais de Alarme, assim como, as Atividades Promotoras do Desenvolvimento que devem ser recomendadas aos pais ou cuidadores.

Perspetivando o futuro, tencionamos dinamizar um curso de Apoio à Parentalidade, para pais de crianças dos 0 aos 3 anos de idade, como tal, considerámos como objetivo para este projeto de intervenção o diagnóstico de necessidades de conhecimentos dos pais no desempenho do seu papel parental. Para a satisfação desse objetivo aplicámos questionários aos pais e da análise posteriormente efetuada, podemos concluir que a dimensão das necessidades físicas foi onde os participantes referiram mais necessidade de conhecimento, seguida da dimensão disciplina positiva. Outro dos itens em que os pais manifestaram necessidades de conhecimentos foi relativamente aos procedimentos de amamentação, introdução de novos alimentos, padrão de sono, cuidar da criança com cólicas, identificar sinais de doença e cuidar da criança doente, assim como, no estabelecimento de regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança. Neste sentido, perspetivamos num horizonte futuro a dinamização de sessões formativas, workshops e boletins informativos com os temas que os pais manifestaram como prioritários.

Como limitação ao estudo de investigação referimos o tamanho da amostra, uma vez que apenas 32% dos pais responderam aos questionários, tornando-se assim arriscado generalizar os resultados obtidos. Outra das limitações que referimos é que apesar de vários autores reforçarem a ideia de que a capacitação parental constitui uma estratégia eficaz e traz respostas positivas, quer às famílias apoiadas, quer às equipas de enfermagem, verificámos nos diversos contextos que esse investimento na vida das crianças, com especial enfoque nos cuidados preventivos, através de programas de capacitação parental, não está implementado de forma consistente.

Um dos aspetos mais gratificantes neste percurso formativo foi a possibilidade de contribuímos para a qualidade da prestação de cuidados à criança/família, em contexto de trabalho, através da dinamização do projeto de intervenção que procurou uniformizar práticas de cuidados.

Como pontos fortes da realização deste relatório, salientamos o quanto foi enriquecedor a procura de uma base de conhecimentos científicos, baseado num modelo conceptual e com fundamentação da prática profissional, permitindo o desenvolvimento do raciocínio clínico e de uma tomada de decisão mais competente.

Nesta etapa de redação do relatório, consideramos pertinente salientar que foram atingidos os objetivos a que nos propusemos alcançar e que a perspetiva de cuidar da criança/jovem e família são agora muito diferentes. Naturalmente que ainda existem fragilidades ou habilidades a melhorar, no entanto, salvaguardamos que o crescimento pessoal e profissional não terminará com a

redação deste relatório, pois consideramos que a excelência profissional só é alcançada se existir um investimento contínuo.

Ao terminarmos esta etapa de formação, estamos consciente de que este foi um percurso repleto de dificuldades, pelo nível de exigência que requereu e pelos sacrifícios pessoais e profissionais que exigiu, no entanto, consideramos que esta aprendizagem contribuiu decisivamente para podermos atingir um patamar mais elevado, relativamente à qualidade do trabalho que desenvolvemos, no âmbito das nossas funções profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barroso, R. & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, 52 (1), pp 211-229. Disponível em: <https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/996/445>
- Bellman, M., Lingam, S. & Auket, A. (2003). SGS II. Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil. Dos 0 aos 5 anos. Manual Técnico. Lisboa: Cegoc. ISBN 972-881-04-5.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brazelton, T. B. & Greenspan, S.I. (2002). A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem. (6ªEd). Lisboa: Editorial Presença.
- Brum, M. V., Fontenele, M.P. & Oliveira, G.S. (2010). Assistência de enfermagem a um paciente portador de síndrome prune belly. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. (2) Pp. 509-511. Doi. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2010.v0i0.%25p>
- Cerqueira, A. Costa, F. Leal, F. Nunes, L. (2014) Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem. Departamento de Enfermagem Escola Superior de Saúde: Instituto Politécnico de Setúbal. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/303686238_Didatica_em_Enfermagem_Documento_Orientador_de_Processos_de_Ensino_e_Aprendizagem
- Comley, L., Mousmanis, P. (2010). Improving the Odds: Healthy Child Development. 6ªed. acedido em: 02/02/2019. Disponível em: http://www.ocfp.on.ca/local/files/CME/Healthy%20Child%20Development/Improving%20the%20Odds%202010/Improving_odds_first_sections.pdf.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2011). Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Administração Central do Sistema de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saudementalpt.pt/backoffice/pdfs/41c660e11a.pdf>
- Council of Europe (s.d). Política de apoio à parentalidade positiva, folheto informativo, Conselho da Europa, 2008; <https://rm.coe.int/16806a45f1>

Council of Europe. (2008). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro de 2009 do Ministério da Saúde. Diário da República, 1ª série, N.º193, Pp.7298-7301. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/491397>

Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro de 2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República, 1.ª série, N.º 176, pp. 3159-3191. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/75319373>

Direção - Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS

Direção-Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Pub. L. Na Norma nº 010/2013 de 31 de Maio. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Direção-Geral de Saúde. (2016). *Orientações sobre Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola*. N.º 006/2016, publicada a 23/11/2016. Disponível em: [file:///C:/Users/AEA/Downloads/i023240%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/AEA/Downloads/i023240%20(1).pdf)

Eurochild (2015). *Eurochild Policy Position on Evidence and Evaluation Methodologies for Family and Parenting Support Policies and Practice*. Disponível em: https://www.eurochild.org/fileadmin/public/05_Library/Thematic_priorities/03_Family_Parenting_Support/Eurochild_policy_position_on_evidence_base_FINAL.pdf

Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (3ªed.). Loures: Lusociência.

Henriques, C., Santos, M. Caceiro, E., Ramalho, S. (2015). Determinantes na transição para a parentalidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Edição Esp. 2. pp. 62-67. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a11.pdf>

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

Institute for Patience and Family-Centered Care. (s.d.) *What are the core concepts of patient-and family-centered care?* Disponível em: <http://www.ipfcc.org/faq.html>.

Kearney, L. & Fulbrook, P. (2012). Open-access community child health clinics: The everyday experience of parents and child health nurses. *Journal of Child Health Care*. 16(1), pp. 5–14.

Lopes, M. S.O. C. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: Áreas de intervenção de enfermagem*. (Tese de doutoramento). Disponível no Repositório da UCP.

Lopes, M., Catarino, H. & Dixe, M. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. Referênciã III Série - n.º 1 pp.109-118. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn1/serIIIIn1a12.pdf>

Lopes, M., Dixe, M. (2012). Exercício da parentalidade positiva pelos pais de crianças até três anos: construção e validação de escalas de medida. *Revista Latino – Am. Enfermagem* 20 (4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_20.pdf

MELEIS, Afaf. (2010) - *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6. Disponível em: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Montigny, F.& Lacharité C. (2008). Modeling Parents and Nurses' Relationships. *Western Journal of Nursing Research*. Volume 30, Number 6 October 2008, pp. 743-758, Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0193945907312978>

National Scientific Council on The Developing Child [NSCDC]. (2016). *From Best Practices to Breakthrough Impacts A science-based approach to building a more promising future for young children and families*. Disponível em: <https://developingchild.harvard.edu/resources/from-best-practices-to-breakthrough-impacts/>

Oficina de Educação e Cultura da Organização dos Estados Americanos [OECEOA] (2010). *Primeira Infância: Um olhar desde a neuroeducação*. Washington D.C.: Organização dos Estados Americanos. Disponível em: <http://iin.oea.org/pdf-iin/RH/primera-infancia-por.pdf>

- Okamoto, M., Matsuoka, M., (2009) Causal Model Structure Analysis of Emotional Unrest in First Time Mothers Faced with Persistent Infant Crying 6–7 Weeks Postpartum. Asian Nursing Research. Vol 3 No 1. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(09\)60011-6](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(09)60011-6)
- OMS (2014). Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo. São Paulo: Brasil. Disponível em: [file:///C:/Users/AEA/Downloads/9789241564793_por%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/AEA/Downloads/9789241564793_por%20(1).pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2018b). Parecer 09/ 2018 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Aprovado pela MCEESIP em reunião ordinária do dia 23.02.2018. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5149/mceesip_parecer9_2018.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Promover o desenvolvimento infantil na criança. Cadernos O.E, serie I (3) vol. 1. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatrica_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Assistir a Criança com Diabetes Mellitus tipo 1. Cadernos O.E, serie I (3) vol.2. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesip_volii.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização, 1 (8). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidaderpositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]. Versão 2015. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Aprovado por unanimidade, sem alterações, na 4ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizada em sessão

extraordinária, no dia 25 de novembro de 2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, Pub. L. No. Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Diário da República, 2.ª série — N.º 133, pp. 19192-19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, Pub. L. No. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, 2.ª série — N.º 26, pp. 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11250/0474404750.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2002). Metas de Saúde 21. Saúde para todos no Século XXI. Loures: Lusociência.

Paus, T. (2013). Cérebro. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [online]. Atualizada: Agosto 2013. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/dossiers-complets/pt-pt/cerebro.pdf>.

Pedro, J.G., Nugent, J.K., Young, J.G. & Brazelton, T.B. (2005). A criança e a família no século XXI. 1ª Edição. Dinalivro. Lisboa.

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. Revista Percursos, (15), 1-37.

UNICEF (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf

Weise, L. C. (2014). "Evidence-Based Home Visitation Programs Work to Put Children First," Journal of Applied Research on Children: Informing Policy for Children at Risk: Vol. 5: Issue. 1, Article 19. Disponível em: <https://digitalcommons.library.tmc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1189&context=childrenatrisk>

ANEXOS

ANEXOS I - AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Empowerment Parental: O Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria para a Capacitação Parental na comunidade. |

De: maria saudade oliveira custódio lopes <saudadelopes8@gmail.com>

Enviado: 26 de outubro de 2018 13:26:21

Para: Cláudia Farias - ULSBA

Assunto: Re: fw: Pedido de autorização para a utilização do instrumento - "Escala de Autopercepção da Necessidade de Conhecimentos dos Pais para o Exercício da Parentalidade Positiva" (ENCPPP)

Boa tarde Enf. Claudia e estimada colega.

Tem a minha autorização para utilizar o instrumento e desejo-lhe um bom trabalho.

Logo que me seja possível enviarei as orientações que me pede.

Com estima

Saudade Lopes

On Fri, 26 Oct 2018 at 11:25, Cláudia Farias - ULSBA <claudia.farias@ulsba.min-saude.pt> wrote:

ANEXOS II- QUESTIONÁRIO - ESCALA DE AUTOPERCEÇÃO DA NECESSIDADE DE CONHECIMENTOS DOS PAIS PARA O EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA (ENCPPP)

QUESTIONÁRIO

I

A. REFERENTE AOS PAIS		(Assinale o quadrado ou escreva no espaço correspondente à sua situação)	
1. Grau de parentesco com a criança.	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	Outro: _____
2. Número de filhos:	<input type="checkbox"/> Filho único	<input type="checkbox"/> Outros filhos	
3. Idade em anos (de quem está a preencher o questionário):	_____		
4. Escolaridade da: Mãe :	_____		Pai: _____

B. REFERENTES À CRIANÇA		(Assinala o quadrado com X ou escreve no espaço correspondente à sua situação)	
1. Sexo da criança:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	
2. Idade da criança (em meses):	_____		
3. Frequência de creche:	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
4. Irmãos:	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Quantos: _____
5. Foi amamentada/leite materno	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim até que idade da criança _____

II

Idade da criança em que sentiu mais necessidades de conhecimentos: (Podem ser assinaladas várias idades em cada item)

	No 1.º mês	1-3 meses	4-7 meses	8-12 meses	1-2 anos	2-3 anos
Nas necessidades físicas/ segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No comportamento e desenvolvimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na comunicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na disciplina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III

Escala de Autoperceção da Necessidade de Conhecimentos dos Pais para o Exercício da Parentalidade Positiva (ENCPPP)

Cada item deve ser respondido colocando X no ⊗ correspondente

Os números 1 correspondem a nenhuma necessidade de mais conhecimentos, os 2,3,4 correspondem a valores intermédios até ao máximo de 5 que corresponde a muita necessidade.

Desempenho do papel parental	Sinto/ senti necessidade de mais <u>conhecimento</u>				
	Nenhuma 1				muita 5
Nos procedimentos na amamentação	①	②	③	④	⑤
Nos procedimentos para aleitamento	①	②	③	④	⑤
A lidar com o comportamento da criança na amamentação/aleitamento	①	②	③	④	⑤
A avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança	①	②	③	④	⑤
Na introdução de novos alimentos	①	②	③	④	⑤
Na preparação das primeiras sopas	①	②	③	④	⑤
A ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono	①	②	③	④	⑤
A dar os primeiros banhos	①	②	③	④	⑤
A cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas	①	②	③	④	⑤
Na identificação dos alimentos saudáveis	①	②	③	④	⑤
Na preparação de um ambiente seguro (sem perigos) para a criança	①	②	③	④	⑤
Na identificação de ambientes nocivos para a criança (exposição ao tabaco, chumbo, mercúrio, toxinas)	①	②	③	④	⑤
A perceber os sinais de doença na criança	①	②	③	④	⑤
A cuidar da criança quando está doente	①	②	③	④	⑤
Na compreensão da importância da vigilância de saúde da criança (levar a consultas e vacinas)	①	②	③	④	⑤
A conhecer as fases do desenvolvimento da criança	①	②	③	④	⑤
Saber quais as ações que estimulam a criança.	①	②	③	④	⑤
Na escolha de materiais de aprendizagem de acordo com a idade da criança (brinquedos, música, livros)	①	②	③	④	⑤
Nas atitudes que promovem comportamentos adequados na criança	①	②	③	④	⑤
A aproveitar o momento do banho para estimular a criança	①	②	③	④	⑤
A aproveitar o momento da alimentação para estimular a criança	①	②	③	④	⑤
A responder com afeto ao choro da criança	①	②	③	④	⑤
Na interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar	①	②	③	④	⑤
Nos benefícios para a criança de um relacionamento caloroso e de amor	①	②	③	④	⑤
No estabelecimento de atividades que fazem a criança sentir-se especial e importante	①	②	③	④	⑤
Nas atitudes que proporcionam uma comunicação positiva com a criança (simples, clara e estimulante)	①	②	③	④	⑤
Na compreensão da importância da disciplina para a criança.	①	②	③	④	⑤
A estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança	①	②	③	④	⑤
A utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições	①	②	③	④	⑤
A ser um bom modelo para a criança	①	②	③	④	⑤

Muito obrigado

ANEXO III - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO n.º 10/2018 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 07.11.2018 (Ata n.º 56, Ponto 4.2)

Aos cinco dias do mês de novembro de dois mil e dezoito, pelas catorze horas e trinta minutos, na
..... reuniu a Comissão de Ética da
ULSI, .., estando presentes: ..

-----Foram tratados os seguintes assuntos:-----

««**PONTO SEIS – EDOC/49777** – Projeto «Empowerment Parental – Contributos do Enfermeiro Especialista», a ser realizado pela Enfermeira Cláudia Isabel Nilha Farias Ruas. -----

A Comissão de Ética decidiu aprovar este projeto. -----

de novembro 2018

A Presidente da Comissão de Ética

Unidade Formativa da Saúde Acreditada pelo Despacho n° 380 de 20/04/99
da Ministra da Saúde
Renovação por Despacho de 13/12/2000 do Secretário de Estado dos Recursos Humanos e da
Modernização da Saúde para o QCA III

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: _____ Data: ___/___/___

Nome do Formando: _____

Considerando a escala de 1 a 5, em que o 1 corresponde ao valor mais baixo e 5 ao valor mais alto, classifique a utilidade da sessão de formação tendo em conta os pontos que se seguem, assinalando com um círculo o número correspondente à sua opinião:

1. Metodologia utilizada	2. Clareza da exposição	3. Domínio dos conteúdos abordados	4. Resposta às necessidades
5	5	5	5
4	4	4	4
3	3	3	3
2	2	2	2
1	1	1	1

Sugestões:

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Objetivos específicos	Atingiu	Não atingiu

O (A) Enfermeiro (a) Responsável pela Formação em Serviço _____

CFM, A Coordenadora do NEPE: _____

SPMS Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização

269	Código 6.32.02	Código SIARS 2013.269.01	Nome abreviado Índice de acompanhamento adequado a infantil 2º ano
-----	-------------------	-----------------------------	---

Designação

Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 2º ano de vida

Objetivo

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

Descrição do indicador

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento em saúde infantil durante o 2º ano de vida (de acordo com as normas da DGS).
 Numerador: Somatório do "score de acompanhamento em SI" determinado para cada criança com 2 anos. O "score de acompanhamento em SI" de cada criança com 2 anos pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.
 O "score de acompanhamento em SI" é calculado apenas para os utentes incluídos no denominador, somando, para cada utente, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.
 Denominador: Contagem de crianças com 2 anos de vida.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA)
 Somatório do "score de acompanhamento em SI" determinado para cada criança com 2 anos de idade inscrita. O "score de acompanhamento em SI" de cada criança com 2 anos de idade inscrita pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.
 O "score de acompanhamento em SI" é calculado apenas para os utentes incluídos no denominador, somando, para cada utente, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.

Regra	Descrição de Regra	Ponder.	Validade
B	Ter 3 consultas médicas de vigilância em saúde infantil (contacto direto) entre os 11 e os 23 meses de vida (330, 700 dias). Cada consulta identificada contabiliza 1/3 da ponderação desta regra. Contabilizam-se no máximo 3 consultas. Ver alíneas A, B, C e P de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,35	Depois de JAN-2019
G	Ter 3 consultas de enfermagem de vigilância em saúde infantil (contacto direto) entre os 11 e os 23 meses de vida (330, 700 dias). Cada consulta identificada contabiliza 1/3 da ponderação desta regra. Contabilizam-se no máximo 3 consultas. Ver alíneas C, G e P de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,25	Depois de JAN-2019
C	Ter pelo menos 1 registo parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Shedden) entre os 11 e os 23 meses de vida (330, 700 dias). Ver alíneas C, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,15	Depois de JAN-2019
D	Com o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 2 anos de vida (ver alíneas D, H, I, J e K de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,15	Depois de JAN-2019
E	Têm pelo menos 3 registos de peso com [data de medição] pertencente ao intervalo etário (330, 700) dias (ver alíneas L, M, N e O de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,05	Depois de JAN-2019
F	Têm pelo menos 3 registos de estatura (ou altura) com [data de medição] pertencente ao intervalo etário (330, 700) dias (ver alíneas L, M, N e O de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,05	Depois de JAN-2019
B	Ter pelo menos 3 consultas médicas de vigilância (contacto direto) entre os 11 e os 23 meses de vida (330, 700 dias). Ver alíneas A, B, C e P de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,40	Até DEZ-2018
C	Ter pelo menos 1 registo parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Shedden) entre os 11 e os 23 meses de vida (330, 700 dias). Ver alíneas C, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,20	Até DEZ-2018
D	Com o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 2 anos de vida (ver alíneas D, H, I, J e K de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,20	Até DEZ-2018
E	Têm pelo menos 3 registos de peso com [data de medição] pertencente ao intervalo etário (330, 700) dias (ver alíneas L, M, N e O de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,10	Até DEZ-2018
F	Têm pelo menos 3 registos de estatura (ou altura) com [data de medição] pertencente ao intervalo etário (330, 700) dias (ver alíneas L, M, N e O de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,10	Até DEZ-2018



Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização

302	Código SI.31.04	Código SIARS 2013.302.01	Nome abreviado Índice de acompanhamento adequado s. infantil 1º ano
Designação			
Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 1º ano de vida			
Objetivo			
Monitorizar o programa de saúde infantil, 1º ano de vida.			
Descrição do Indicador			
Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento em saúde infantil durante o 1º ano de vida (de acordo com as normas da DGS). Numerador: Somatório do "score de acompanhamento em SI" determinado para cada criança com 1 ano. O "score de acompanhamento em SI" de cada criança com 1 ano pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento. Denominador: Contagem de crianças com 1 ano de vida.			
Regras de cálculo			
NUMERADOR (AA)			
Somatório do "score de acompanhamento em SI" determinado para cada criança com 1 ano de idade inscrita. O "score de acompanhamento em SI" de cada criança com 1 ano de idade inscrita pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.			
O "score de acompanhamento em SI" é calculado apenas para os utentes incluídos no denominador, somando, para cada utente, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.			
Regra	Descrição de Regra	Ponder.	
B	Ter pelo menos 6 consultas médicas de vigilância (contacto direto) até aos 11 meses de vida ([1, 330] dias). Ver alíneas A, B, C e N de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,20	
C	Ter pelo menos 6 consultas de enfermagem de vigilância (contacto direto) até aos 11 meses de vida ([1, 330] dias). Ver alíneas C, H e P de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,20	
D	Com pelo menos 1 consulta médica de vigilância (contacto direto), nos primeiros 28 dias de vida (ver alíneas A e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,20	
E	Com realização de diagnóstico precoce (TSHPKU), nos primeiros 6 dias de vida, registado até às zero horas do dia em que completam 1 ano de vida (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,10	
F	Ter pelo menos 2 registos parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicoemotor (Sheridan) até aos 11 meses de vida ([1, 330] dias). Ver alíneas C, F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS.	0,10	
G	Com o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 1 ano (ver alíneas I, J, K, L e M de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,20	

ANEXO VI- INDICE DE DESEMPENHO GLOBAL DA UCSP



Acumulado até	Dezembro	2018
---------------	----------	------

Contratualização 2018

Índice de Desempenho Global - IDG

Dezembro 2017	Estimativa Dez 2018
#REF!	#REF!

ID	M	Indicadores	Intervalos de Referência				Resultado		Resultado Indicador			Estimativa	Score	Resultado (Plataforma)	
			Mínimo Acetível	Mínimo Esperado	Máximo Esperado	Máximo Acetível	Dez 2017	Score	Janeiro a Dezembro		Dezembro 2018	Estimativa Dez 2018	Período (Flutuante) Jan 2018 a Dez 2018	Score	
									2017	Δ (%)					2018
		Desempenho						#REF!					#REF!		
		Acesso						#REF!					#REF!		
		Gestão da Saúde						55,8					54,2	54,2	
		Saúde Infantil e Juvenil						100,0					100,0	100,0	
289	Ri	Índice de acompanhamento adequado em Saúde Infantil - 2ª ano de vida	55%	60%	100%	100%	87,9%	2,0	87,9%	1%	88,7%	88,7%	2,0	88,7%	2
302	Ri	Índice de acompanhamento adequado em Saúde Infantil - 1ª ano de vida	55%	60%	100%	100%	93,2%	2,0	93,2%	-1%	92,5%	92,5%	2,0	92,5%	2

ANEXO VII – Nº DE CRIANÇAS INSCRITAS NA UCSP DOS 0 MESES AOS 3 ANOS

Centro de Saúde: ULS	<p style="text-align: center;">Lista de Utentes por Programa de Saúde</p> <p style="text-align: center;">Utentes nascidos entre 2015-11-12 e 2018-11-12</p>
----------------------	--

P.N.S.I.J. Saúde Infantil

Processo	Data nasc.	Utente	Último Contacto	Ext.	Enº(*). Família
					Nº de utentes: 243



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Cláudia Isabel Nilha Farias Ruas

13/01/1982

Received the ERC qualification

European Paediatric Advanced Life Support (EPALS)

In Setúbal, Portugal

Miguel Santos FÉLIX
Course Director



Date last course: 25/01/2019

This certificate is valid from 25/01/2019 to 25/01/2024

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-067-019372



Dia 16 de Novembro

09h00 Abertura do secretariado

09h30 Mesa I

- *A importância da interligação Hospitalar: A experiência Hospital de Faro e o IPO de Lisboa*
- *A brincar vamos cuidar*
- *Gestos que salvam vidas*

Moderador: José Vilelas, Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

11h00 *Coffee break*

11h30 Mesa II

- *Projecto de controlo da dor durante a vacinação*
- *Amamentação como técnica não farmacológica de alívio da dor na vacinação*

Moderador: Sofia Abreu, Membro da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP)

12h30 **Sessão de abertura**

13h00 Almoço livre

14h30 **Conferência: Parentalidade**, Leonel Lusquinhos, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) na UCC de Braga e Goreti Mendes, Professora na Universidade do Minho

Moderador: Filipa Barbosa, Membro da MCEESIP

16h00 *Coffee break*

16h30 Mesa III

- *Passo a passo enfrentando a dor*
- *Viver com a dor dos filhos: a experiência emocional dos pais*

Moderador: Simão Vilaça, Professor na Universidade do Minho

17h30 Apresentação de Pósteres e Foto-reportagens

Moderador: Sofia Abreu, Membro da MCEESIP

18h30 Encerramento

Dia 17 de Novembro

08h45 Abertura do secretariado

09h00 Mesa IV

- *Emoções experienciadas pelos enfermeiros na intervenção com pais maltratantes na consulta de Saúde Infantil*
- *Prevenção dos maus-tratos na infância: concurso de decoração do laço azul*

Moderador: Lina Pereira, Presidente da MCEESIP

10h00 **Comemoração do Dia Mundial da Prematuridade**

10h30 *Coffee break*

11h00 **Conferência: Cuidados Paliativos em Pediatria**, Emília Fradique, Vice-presidente Associação de Enfermagem em Cuidados Continuados e Paliativos e Graça Roldão, EEESIP no Hospital Santa Maria

12h30 Almoço livre

14h30 Mesa V

- *HKRAM uma forma de avaliar a resiliência em adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1*
- *Factores preditores da resiliência em adolescentes: que instrumentos de medida?*

Moderador: Filipa Barbosa, Membro da MCEESIP

14h30 **Actuação Nariz Vermelho**

16h00 **Entrega de prémios**

16h30 Encerramento

ANEXO X – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “VII EN-
CONTRO DE BENCHMARKING EM PEDIATRIA”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

Cláudia Isabel Nilha Farias Ruas

membro nº⁴⁹⁴³² desta Ordem, esteve presente no VII Encontro de Benchmarking em Pediatria, realizado nos dias 16 e 17 de Novembro de 2018, com duração total de 16h00, na Universidade do Algarve, em Faro.

Lisboa, 17 de Novembro de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedroso Cavaco

ANEXO XI – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “ V ENCONTRO DO SERVIÇO
DE PSIQUIATRIA DE INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DA ULSBA”



ULSBA
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CERTIFICADO

DE FREQUÊNCIA

DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que CLÁUDIA ISABEL NILHA FARIAS RUAS
(nome do formando)

natural de Beja, nascido em 13/01/1982
(local de nascimento) (data de nascimento)

de nacionalidade Portuguesa Sexo Feminino, portador do documento

de identificação Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão n.º 12042443

emitido pela Republica Portuguesa, de/até ___/___/___

Enfermeira, do (a) Unidade Local de Saúde
(categoria) (Instituição)

do Baixo Alentejo, E.P.E., concluiu, em 21/ 11 / 2018,

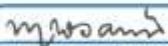
O Curso de Formação Profissional Sobre “ V Encontro de Serviço de
Psiquiatria de Infância e Adolescência da ULSBA”

promovido pelo SERVIÇO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL, Entidade
Formadora Acreditada por Despacho da Sr.ª Ministra da Saúde de 20-04-1999,
realizado na Sala de Conferências do Hospital José Joaquim Fernandes - Beja

no período de 21 de Novembro de 2018 a 21 de Novembro
de 2018, atingindo a frequência o total de 06 horas de formação .

Beja, em 27 de Novembro de 2018.

Serviço de Formação
Profissional



Maria do Rosário Simão
Coordenadora do Serviço de Formação Profissional

Certificado n.º. 924/2018

O Conselho de Administração



Maria Conceição Margalha
Presidente



MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Aperfeiçoamento Profissional

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 (CNAF, Portaria nº 310/2001, de 2 de Abril)

PLANO CURRICULAR:

V Encontro do Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência da ULSBA

PROGRAMA

Unidades Temáticas

N ° TOTAL: 6 horas.

09:00h Sessão de abertura | *Dra. Conceição Margalha* (Presidente do CA da ULSBA), *Dr. José Aníbal Soares* (Diretor Clínico Hospitalar), *Dra. Isabel Santos* (Diretora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e do Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência da ULSBA), *Dr. Francisco Barrocas* (Coordenador do Grupo de Psicologia da ULSBA) e *Enfermeiro Bento César* (Chefe de Enfermagem de Ambulatório do QP5M)

9:30h Comportamentos autolesivos na adolescência | *Dra. Isabel Santos* (Assistente Graduada Sénior, Diretora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e do Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência da ULSBA) e *Dra. Jesus Figueira* (Psicóloga Clínica do Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência da ULSBA)

10:30h Perturbação bipolar na infância e adolescência | *Dra. Paula Correia* (Assistente Graduada Sénior, Diretora do Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência do Centro Hospitalar da Cova da Beira)

11:15h Intervalo

11:30h Linha SPIA - Beja | *Enfermeira Raquel Domingues* e *Enfermeira Ana Colaço* (Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência da ULSBA)

12:00h Debate

12:30h Almoço

14:00h Workshop «Promoção e prevenção em saúde mental de infância e adolescência»

► **Escolhas saudáveis na era digital** | *Dra. Ana Carolina Santos* (Psicóloga clínica do Serviço de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar da Cova da Beira)

► **Colaboração do SPIA no Projeto Laço Azul** | *Dra. Maria João Dares* (Técnica Superior de Psicomotricidade do SPIA da ULSBA) e *Dra. Elsa Engana* (Técnica Superior de Serviço Social do SPIA da ULSBA)

15:30h A intervenção da nutricionista no Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência | *Dra. Carla Pinheiro* (Nutricionista do Serviço de Alimentação e Dietética da ULSBA)

16:00h Encerramento

APÊNDICE I - PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço

Objetivo Geral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver competências específicas de EEESIP. 		
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivar a equipa de enfermagem do contexto profissional para a capacitação parental. 		
Atividades		Recursos	Indicadores de Avaliação
<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisar o papel o enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar no que diz respeito à promoção da capacitação parental através de uma Análise Swot. 2. Identificação dos fatores positivos que a UCSP beneficia (forças e oportunidades), e reflexão sobre fatores negativos com que o sistema se defronta (fraquezas e ameaças); 3. Reflexão e diagnóstico organizacional; 4. Apresentação dos resultados análise SWOT em formato de poster na sala de enfermagem; 5. Realização de uma sessão de formação à equipa de enfermagem, de forma a harmonizar práticas de diagnóstico, de planeamento e de avaliação de cuidados, nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil. 6. Construção de um guia de bolso com um quadro síntese da escala da Mary Sheridan modificada, sinais de alarme e cuidados antecipatórios. 7. Criação e Divulgação de uma pasta de Saúde Infantil no domínio de partilhado com os referenciais de apoio à consulta de enfermagem. 		<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Base de dados eletrónicas; ▪ Livros e Artigos; ▪ Orientações Técnicas; ▪ Instrumentos de avaliação do desenvolvimento (escala da Mary Sheridan modificada); ▪ Material Informático (Data Show, Computador, Impressora) e de escritório; ▪ Sala de Reuniões; ▪ Sala de Enfermagem. <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiro Chefe; ▪ Equipa de Enfermagem; Orientador de Estágio; ▪ Docente orientador de Estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação no preenchimento da Análise Swot; ▪ Adesão à sessão de Formação; ▪ Avaliação Positiva da Sessão; ▪ Melhoria de Indicadores de monitorização da UCSP, relativamente ao acompanhamento adequado a crianças; ▪ Operacionalização do guia de bolso para a equipa de enfermagem.

Objetivo Geral	Desenvolver competências específicas de EEESIP.		
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar as necessidades e dificuldades expressas pelos pais das crianças no exercício da parentalidade; 		
Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação	
<p>8. Auscultação das dificuldades dos pais no cuidar e educar do seu filho;</p> <p>9. Aplicação de um Questionário para identificação das necessidades de conhecimentos dos pais no cuidar e educar do seu filho;</p> <p>10. Formulação de um diagnóstico de situação que traduza as reais necessidades dos pais no exercício do seu papel.</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Material Informático e de escritório; ▪ Suporte digital (Aplicativo SPSS, para análise estatística); ▪ Escala de Autopercepção da Necessidade de Conhecimentos dos pais para o Exercício da parentalidade Positiva (ENCPPP) <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiro Diretor; ▪ Enfermeira Chefe; ▪ Enfermeiras de Família; ▪ Orientador de Estágio; ▪ Pais de crianças que recorrem à consulta de saúde infantil ▪ Docente orientador de Estágio; ▪ Docente orientador de Estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentagem de população-alvo com preenchimento do questionário para identificação das necessidades parentais. 	

Objetivo Geral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver competências específicas de EEESIP. 		
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprofundar conhecimentos e competências no âmbito da avaliação do desenvolvimento Infantil. ▪ Comunicar com a criança/família adequando as intervenções aos vários estádios de desenvolvimento e por forma a orientá-los quanto aos cuidados antecipatórios, que visam a maximização do potencial desenvolvimento infantil. 		
Atividades		Recursos	Indicadores de Avaliação
<ol style="list-style-type: none"> 11. Pesquisa bibliográfica sobre o tem a; 12. Aprofundar conhecimentos sobre os instrumentos de avaliação do desenvolvimento das crianças; 13. Integração na equipa multidisciplinar, no sentido perceber aspetos organizativos e a dinâmica utilizada aquando a consulta de avaliação de desenvolvimento; 14. Realização de pesquisa sobre a comunicação, princípios e estratégias, adequadas à transmissão de informação à criança/ jovem e família tendo em conta estadio de desenvolvimento e à cultura; 15. Observação e identificação de estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com as crianças, adolescentes e famílias designadamente em situações de doença e internamento; 16. Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil 		<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Base de dados eletrónicas; ▪ Livros e Artigos; ▪ Orientações Técnicas; ▪ Material Informático; ▪ Instrumentos de avaliação do desenvolvimento (escala da Mary Sheridan modificada e SGS II); <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enf. Orientador de Estágio; ▪ EEESIP; ▪ Equipa de Enfermagem; ▪ Docente orientador de Estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de novas capacidades, mudança de comportamentos e atitudes; ▪ Uniformização de procedimentos com a equipa e desenvolvimento de competências adequadas às necessidades da criança/família.

APÊNDICE II - CRONOGRAMA DO PLANEAMENTO DE PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Cronograma do Planeamento de Projeto de Intervenção em Serviço

Ano	2018																2019							
Mês	Mai.		Jun.		Jul.		Ago.		Set.		Out.		Nov.		Dez.		Jan.		Fev.		Mar.		Abril	Mai
Quinzena	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
1	■	■			■	■	■	■																
2	■	■			■	■	■	■																
3			■		■	■	■	■																
4				■	■	■	■	■																
5					■	■	■	■		■	■			■	■									
6					■	■	■	■						■	■	■								
7					■	■	■	■						■	■	■	■	■						
8					■	■	■	■						■	■	■	■	■						
9					■	■	■	■						■	■	■	■	■						
10					■	■	■	■										■	■					
11	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
12					■	■	■	■		■	■	■			■	■	■	■						
13					■	■	■	■		■	■	■			■	■	■	■						
14	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■						
15	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■						
16	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■						

- Urgência
- Consulta de desenvolvimento
- Internamento
- Cuidados de Saúde Primários
- Relatório

APÊNDICE III - RESULTADOS DE ANALISE SWOT



PROPOSTA DE MELHORIA CONTÍNUA:

- Reunir com a equipa multidisciplinar afim de nomear os profissionais interessados em colaborar no programa;
- Dinamização do Programa de Capacitação Parental, intitulado por "Juntos Crescemos", destinado a pais de crianças dos 0 aos 36 meses;
- Elaboração de Boletins informativos Compilação da informação, por forma a atuais sobre temáticas de interesse para os pais.

APÊNDICE IV - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Plano da Sessão de Formação em Serviço - UCSP / UCC - ULS -		
Tema: Consulta de Enfermagem – Vigilância do Desenvolvimento Infantil.		
Formadora: Enf. ^a Cláudia Ruas		
Destinatários: Enfermeiros		
Local: Sala de Reuniões do centro de saúde		
Data: 30/11/2018	Hora: 14h30	Duração prevista: 60 Min.
Objetivo Geral:		
◆ Enquadrar teoricamente aspetos relevantes para a realização da consulta de enfermagem na avaliação do desenvolvimento infantil dos 0 aos 12 meses.		
Objetivos Específicos:		
◆ Uniformizar a avaliação do desenvolvimento infantil com o recurso à escala da Mary Sheridan modificada;		
◆ Sensibilizar para a deteção de sinais de alarme e a necessidade de sinalização às equipas especializadas;		
◆ Realçar a eficácia dos cuidados promotores de saúde através de uma abordagem multidisciplinar;		
◆ Divulgar o guia de bolso com um quadro síntese da escala da Mary Sheridan modificada;		
◆ Divulgar a pasta de Saúde Infantil, criada no domínio partilhado com os referenciais de apoio à consulta de enfermagem		
Fases	Conteúdos	Duração
Introdução	Acolhimento dos formandos Apresentação do tema; Objetivos da sessão.	5 Min.
Desenvolvimento	Avaliação do crescimento e do desenvolvimento Relação familiar Cuidados antecipatórios Escala de Mary Sheridan Modificada Divulgação de publicações e normativos necessários à consulta.	45 Min.

Conclusão	Sintetizar os aspetos mais relevantes mencionados ao longo da apresentação do trabalho; Apreciação do « <i>feed-back</i> » dos colegas	5 Min.
Avaliação	Aplicação de Questionário de Avaliação da Sessão de Formação (Modelo 1291. ULS.... EPE)	5 Min.
Metodologia		Recursos
Método expositivo, demonstrativo e interrogativo.	Meios audiovisuais: computador e Tela de Projeção. Materiais: Kit de avaliação do desenvolvimento infantil	
Previsão de Constrangimentos		
Conciliar as atividades dos enfermeiros com o horário da sessão de formação.		

comportamentos promotores de saúde

Alimentação

A B C D E F

Atividade física na infância

Os pais e familiares são muito importantes, pois fazem esta medida ser possível para a criança e os pais serem felizes.

Exercício físico

3

comportamentos promotores de saúde

Promover a introdução aos hábitos

A B C D

Adoção de medidas de segurança

Promover

Investigação

Atividade física

PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE (EN) - EDUCAÇÃO DA SAÚDE DE JOVENS

Promover

A prevenção de doenças crónicas

A prevenção das perturbações estruturais e da incapacidade

PRINCÍPIOS GERAIS	PRINCÍPIOS ESPECÍFICOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	DESCRIÇÃO DE INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Promover a prevenção de doenças crónicas • Promover a prevenção das perturbações estruturais e da incapacidade • Promover a prevenção das doenças infecciosas • Promover a prevenção das doenças mentais • Promover a prevenção das doenças raras • Promover a prevenção das doenças genéticas • Promover a prevenção das doenças autoimunes • Promover a prevenção das doenças crónicas • Promover a prevenção das doenças infecciosas • Promover a prevenção das doenças mentais • Promover a prevenção das doenças raras • Promover a prevenção das doenças genéticas • Promover a prevenção das doenças autoimunes 	<ul style="list-style-type: none"> • Não fumar • Não beber álcool • Não usar drogas • Não usar medicamentos sem prescrição médica • Não usar produtos químicos • Não usar produtos tóxicos • Não usar produtos inflamáveis • Não usar produtos corrosivos • Não usar produtos oxidantes • Não usar produtos reativos • Não usar produtos voláteis • Não usar produtos inflamáveis • Não usar produtos corrosivos • Não usar produtos oxidantes • Não usar produtos reativos • Não usar produtos voláteis 	<ul style="list-style-type: none"> • Não fumar • Não beber álcool • Não usar drogas • Não usar medicamentos sem prescrição médica • Não usar produtos químicos • Não usar produtos tóxicos • Não usar produtos inflamáveis • Não usar produtos corrosivos • Não usar produtos oxidantes • Não usar produtos reativos • Não usar produtos voláteis • Não usar produtos inflamáveis • Não usar produtos corrosivos • Não usar produtos oxidantes • Não usar produtos reativos • Não usar produtos voláteis 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a prevenção de doenças crónicas • Promover a prevenção das perturbações estruturais e da incapacidade • Promover a prevenção das doenças infecciosas • Promover a prevenção das doenças mentais • Promover a prevenção das doenças raras • Promover a prevenção das doenças genéticas • Promover a prevenção das doenças autoimunes

Atividade física

Investigação

Vinculação

Come-se observas?

Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância

Manual de orientação para profissionais de saúde

INSTRUMENTOS DE BASTEIRO DA CRIANÇA/ JOVEM E FAMÍLIA

comportamentos promotores de saúde

Critérios de elegibilidade

Atividade física

Investigação

Promover

A promoção das atividades e interações;

A promoção da aquisição estável de habilidades;

O aleitamento materno.

Consulta de avaliação:

- Em todas as consultas
- Preocupações dos pais, ou do próprio, no que diz respeito à saúde;
- Interrupções desde a consulta anterior, frequência de outras consultas e medicação em curso;
- Frequência e adaptação ao infantário, aula, ATL e escola;
- Hábitos alimentares, prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempo livre;
- Dinâmica de crescimento e desenvolvimento, relacionada à evolução das curvas de crescimento e ao aspeto de desenvolvimento psicoemocional;
- Cumprimento do calendário vacinal, de acordo com o PNV;
- ...Caracterização dos aspetos relacionais e a deteção precoce de situações maternas, incluindo perturbações emocionais e do comportamento"; (p.12)
- A avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte social/família;

[36], [313]

Referências Bibliográficas

- Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica- Promover o desenvolvimento infantil na criança. Lisboa: Cadernos da OE. Série 1, Nº 3, Vol. 1.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: OE.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicoemocional e sinais de alarme. Revista Portuguesa Clínica Geral. 25, 677-687

Obrigado pela vossa atenção.

APÊNDICE VII - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À AUTORA DO QUESTIONÁRIO

26 de out de 2018 11:25

para saudadelopes8@gmail.com,

Exma. Sr^a Prof.^a Dr.^a M^a Saudade de Oliveira Lopes,

Eu, Cláudia Isabel Nilha Farias Ruas, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Aljustrel, encontro-me a frequentar o 2.º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, leccionado no Instituto Politécnico de Setúbal.

No âmbito desse mestrado, estou a desenvolver um projeto de estágio, orientado pela Professora Doutora Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora, o qual foi por mim intitulado de “ *Empowerment Parental- Contributos do Enfermeiro Especialista* ”. Delineei como objetivos gerais para este projeto:

- Desenvolver competências específicas do EEESIP;
- Capacitar os pais para o desenvolvimento das suas potencialidades, como resposta positiva à promoção do desenvolvimento infantil na primeira infância.

Assim, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a autorização para a utilização do instrumento "Escala de Autopercepção da Necessidade de Conhecimentos dos Pais para o Exercício da Parentalidade Positiva" (ENCPPP) que resultaram do seu estudo, aquando a realização da tese de doutoramento “Apoiar na Parentalidade Positiva: áreas de intervenção de Enfermagem”. É minha intenção identificar as necessidades dos pais no exercício da parentalidade, afim de implementar o projeto para capacitação dos pais para o desenvolvimento das suas potencialidades, aptidões e competências, perspetivando a promoção do desenvolvimento infantil na primeira infância.

Caso me autorize a utilizar o instrumento, agradecia que me o enviasse assim como as instruções para a sua aplicação.

Sem outro assunto de momento,

Aguardo deferimento.

Com os melhores cumprimentos,

Cláudia Isabel Nilha Farias Ruas

Em caso de dúvida poderá contactar para:

claudfarias@gmail.com

	ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO	PR.344.0
--	--	-----------------

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto: *Empowerment Parental- Contributos do Enfermeiro Especialista*

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s):

Cláudia Isabel Nilha Farias Ruas

Filiação Institucional: Enfermeira na Unidade Local de Saúde, na Unidade de cuidados de Saúde Personalizados de x, a frequentar o 2.º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no Instituto Politécnico de Setúbal.
Anexar resumo do Curriculum Vitae (máximo 1 página A4)

Investigador responsável/orientador: Prof. Doutora Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora

Justificação: A infância é uma etapa profundamente desafiante sob todas as dimensões do crescimento e desenvolvimento. Importa então, capacitar os pais para a adequada prestação de cuidados à criança, ambicionando assim o alcance de todos os pressupostos essenciais a uma parentalidade positiva. Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] os "programas de educação parental visam melhorar a habilidade para criar os filhos, aumentar os conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, e estimular estratégias positivas para lidar com crianças e adolescentes. Programas de educação parental são muito promissores na promoção de comportamentos positivos de pais e filhos. (OMS, 2014). Tendo por base um conjunto de evidências a OMS destaca "o impacto que o relacionamento inicial entre crianças e seus cuidadores exerce sobre o desenvolvimento estrutural e funcional do cérebro, e o subsequente desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança" (OMS, 2014, p.30).

Objetivos do Estudo:

- Desenvolver competências específicas da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do jovem;
- Capacitar os pais para o desenvolvimento das suas potencialidades, como resposta positiva à promoção do desenvolvimento infantil na primeira infância.

Data prevista de início dos trabalhos: 12 / 11 / 2018

Data prevista de fim dos trabalhos: 18 / 01 / 2019

	ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO	PR.344.0
--	--	-----------------

<p>Metodologia</p> <p><u>Tipo de Estudo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Estudo quantitativo descritivo. <p><u>População e Amostra/Informantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Pais de crianças até aos 3 anos de idade. <p><u>Critérios de Inclusão/Exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Pais de crianças até aos 3 anos de idade que aceitem participar no estudo. <p><u>Locais onde Decorre a Investigação:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Unidade de Cuidados de saúde Personalizados x <p><u>Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Escala de Autoperceção da Necessidade de Conhecimentos dos Pais para o Exercício da Parentalidade Positiva;▪ Proporção de crianças com acompanhamento adequado no 1º ano;▪ Proporção de crianças com acompanhamento adequado no 2º ano de vida; <p><u>Garantia de Confidencialidade:</u></p> <p>Será garantido o anonimato, a participação voluntária e a confidencialidade dos dados.</p> <p>Antes da aplicação do questionário será solicitado aos pais uma declaração em como estão informados sobre o estudo e que aceitam participar no mesmo, dando a sua autorização através do consentimento informado.</p> <p><u>Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):</u></p>

<p>Há previsão de danos para os sujeitos da investigação?</p> <p>Explicitar em caso afirmativo:</p> <p style="text-align: center;">Não</p>

	ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO	PR.344.0
--	--	-----------------

Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação? Sim

Explicitar em caso afirmativo:
O intuito do estudo é promover e fortalecer relacionamentos e interações entre as crianças e os seus progenitores, contribuindo decisivamente para a promoção de um desenvolvimento saudável e para a melhoria do comportamento da criança.

Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:
O estudo não tem custos associados para os sujeitos intervenientes.

ANEXAR


- Folha de Consentimento Informado** que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:
 - Identificação do Investigador;
 - Identificação do estudo;
 - Objetivos do estudo;
 - Informações relevantes;
 - Caráter voluntário da participação e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo;
 - Confidencialidade das respostas
- Instrumento(s) de Coleta de Dados**
- Projeto de Investigação** (máximo 20 páginas)
- Curriculum Vitae do(s) Proponente(s)** (máximo 1 página por cada)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data: 26.10.2018

O Proponente:



(Assinatura manuscrita)

Consentimento Informado

Eu, Cláudia Isabel Nilha Farias Ruas, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de X, encontro-me a frequentar o 2.º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, leccionado no Instituto Politécnico de Setúbal.

No âmbito desse mestrado, estou a desenvolver um projeto de estágio, intitulado de “*Empowerment Parental- Contributos do Enfermeiro Especialista*”. Para a realização do projeto considereei necessária a identificação das necessidades de conhecimentos dos pais para o exercício da parentalidade. Neste sentido, venho pedir a sua colaboração para a realização do questionário de identificação das suas necessidades no desempenho do seu papel parental, uma vez que, considero que as suas necessidades e sugestões são fundamentais para podermos melhorar os cuidados de saúde e promover o desenvolvimento infantil.

Saliento que não há respostas certas ou erradas, o que interessa é apenas a sua opinião pessoal pelo que, peço-lhe para ser sincero. A sua participação é voluntária e por isso pode desistir a qualquer momento sem qualquer penalização e sem necessidade de justificar um possível abandono. A participação não implica custos económicos apenas o dispêndio de algum do seu tempo.

A confidencialidade será garantida.

Comprometo-me a utilizar as informações que me fornecer apenas no trabalho académico que me encontro a realizar e o seu nome não será divulgado.

Muito obrigada desde já pela sua colaboração e disponibilidade.

Cláudia Ruas

(claudfarias@gmail.com)

Sim, aceito participar.

Não aceito participar.

Cronograma do Estágios

Ano	2018																2019			
Mês	Mai.		Jun.		Jul.		Ago.		Set.		Out.		Nov.		Dez.		Jan.		Fev.	
Quinzena	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Urgência Pediátrica		14 Maio a 22 junho																		
Consulta Externa									17 Set. a 12 out.											
Serviço de Internamento										15 Out. a 10 nov.										
Cuidados de Saúde Primários - Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC]													12 Nov. a		18 Jan.					
Neonatologia																			4 Fev	

APÊNDICE XI - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Contributos da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil na Capacitação Parental.

-REVISÃO INTEGRATIVA-

Contributions of the Intervention of the Child Health Specialist in Parental Empowerment.

-INTEGRATION REVIEW -

Cláudia Isabel Nilha Farias Ruas¹

Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora²

¹ Licenciada pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, claudfarias@gmail.com

² Doutora em Sociologia - Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora, (mafcc@uevora.pt)

RESUMO

A primeira infância é decisiva no desenvolvimento do ser humano, uma vez que é nesta fase que se adquirem princípios determinantes para as aprendizagens posteriores. Apesar de existirem capacidades inatas, existem outras que resultam da interação, como tal, é necessária uma aprendizagem e uma estimulação intensa na primeira infância, isto porque o cérebro da criança tem grande potencial para a aprendizagem e os pais têm oportunidade para otimizarem o desenvolvimento da criança.

O momento da transição para a parentalidade é desafiante para os pais, uma vez que requer mudanças drásticas na dinâmica pessoal e familiar, devido a novas responsabilidades e rotinas. Para amenizar esta transição, os enfermeiros assumem-se como recursos fundamentais.

O **objetivo** desta pesquisa foi conhecer a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem, que visem a capacitação parental para o desenvolvimento das suas potencialidades como resposta positiva à promoção do desenvolvimento da criança.

A **Metodologia** utilizada foi uma revisão integrativa através de pesquisa na bases de dados EBSCOhost® via B-On nos últimos 10 anos, utilizando a metodologia PI[C]OS. De acordo com os critérios de inclusão estabelecidos encontraram-se 7 artigos.

Os **resultados** evidenciaram a importância de programas de apoio aos pais para o exercício do seu papel, uma vez que contribuem para a redução do stresse parental aumentando assim a eficácia da parentalidade.

Conclusão: Os programas de capacitação parental em grupos ou em visitas domiciliárias são recomendados e consideramos os mesmos como um investimento precoce na vida das crianças, uma vez que são promissores do seu desenvolvimento.

Palavras-Chave: Enfermagem, Parentalidade, Suporte parental, Desenvolvimento Infantil.

APÊNDICE XII - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA					
- UCSP / UCC - ULS -					
Tema: Consulta de Enfermagem – Vigilância do Desenvolvimento Infantil.					
PARTICIPANTES:	9 Enfermeiros	TOTAL DE ENFERMEIROS	11		
AVALIAÇÃO GLOBAL					
Considerando a escala de 1 a 5, em que o 1 corresponde ao valor mais baixo e 5 ao valor mais alto, classifique a utilidade da sessão de formação tendo em conta os pontos que se seguem, assinalando com um círculo o número correspondente à sua opinião.					
ITENS AVALIADOS	1.	2.	3.	4.	5.
Metodologia utilizada					9
Clareza da exposição					9
Domínio dos conteúdos abordados				1	8
Resposta às necessidades					9
Sugestões					
Realização de outras sessões formativas, nomeadamente: - Vigilância para além dos 12 meses de idade; - Registos no aplicativo informático.					
AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO					
Objetivos específicos	Atingiu	Não atingiu			
Uniformizar a avaliação do desenvolvimento infantil com o recurso à escala da Mary Sheridan modificada;	9				
Sensibilizar para a deteção de sinais de alarme e a necessidade de sinalização às equipas especializadas;	9				
Realçar a eficácia dos cuidados promotores de saúde através de uma abordagem multidisciplinar;	9				
Divulgar o guia de bolso com um quadro síntese da escala da Mary Sheridan modificada.	9				
Divulgar a pasta de Saúde Infantil, criada no domínio partilhado com os referenciais de apoio à consulta de enfermagem.	9				