Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Desenvolvimento da Parentalidade nas dimensões emocionais, cognitivas e comportamentais: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

Elaborado por:

Diana Carolina Benildes Costa n.º 6786

Lisboa

Outubro, 2017

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Desenvolvimento da Parentalidade nas dimensões emocionais, cognitivas e comportamentais: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

Elaborado por:

Diana Carolina Benildes Costa n.º 6788

Docente:

Professora Mª José Pinheiro

Lisboa

2017

“Ninguém nasce pai ou mãe. Para se tornar pai ou mãe, o indivíduo necessita de um período de transformação e crescimento, para definição do seu papel como pai ou mãe, adaptando-se assim à parentalidade”

(Lowdermilk & Perry, 2008).

DEDICATÓRIA

Ao meu noivo pelo amor, eterna paciência e apoio

À minha família por sempre acreditarem em mim e perdoarem todos os momentos de ausência

Às minhas melhores amigas pelos incontáveis sorrisos que me roubaram e pelas palavras de incentivo

Às minhas colegas da especialidade pela amizade que construímos e pelo seu apoio incansável

À Prof. Maria José Pinheiro por ter acredito em mim e apoiado ao longo deste processo de aprendizagem

A todos os colegas enfermeiros com quem me cruzei ao longo deste percurso pelo conhecimento e inspiração

A todas as crianças e pais que conheci por me terem permitido participar em momentos tão especiais que tornaram esta experiência única para mim

A todos obrigada

LISTA DE SIGLAS

CCF	Cuidados Centrados na Família
CIPE	Classificação Internacional Para a prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral da Saúde
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
JBISRIR	Joanna Briggs Institute Systematic Reviews and Implementation Reports
PNSIJ	Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil
RN	Recém-nascido
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UCIN	Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

O início da infância é um período crítico no qual a criança desenvolve competências de autorregulação e socio-emocionais necessárias para uma socialização adequada, sendo um dos períodos onde a evidência aponta elevada prevalência de problemas comportamentais e emocionais.

Deste modo, a prevenção é fundamental para a redução destas perturbações e para a promoção do desenvolvimento positivo da criança. Assim a intervenção do Enfermeiro deverá ocorrer no seio familiar, na medida em que a parentalidade é o primeiro ambiente de socialização para criança, o qual deverá ocorrer através de um processo metódico de aprendizagem e de desenvolvimento de competências emocionais, cognitivas e comportamentais.

O Enfermeiro facilita o processo de transição face a situações de crise, procurando desenvolver os mecanismos de *coping.* A Parentalidade é um processo de transição vivenciado pelos pais, e segundo a teoria de Afaf Meleis, insere-se nas transições de desenvolvimento.

O percurso descrito neste relatório tinha como objetivos desenvolver competências gerais e específicas de enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria e construir um programa para a parentalidade dirigido aos adolescentes.

De forma a dar resposta a ambos foram implementadas atividades nos diversos contextos, nomeadamente implementação de cuidados promotores da parentalidade, de terapias não farmacológicas e de técnicas de comunicação com a criança e família, realização de estudos de caso, tendo sido inclusive criado e realizado um programa intitulado “O Futuro Começa Hoje”, com realização simultânea de uma *scoping review* intitulada “As experiências dos adolescentes num programa de parentalidade: a scoping review”.

A execução destas atividades permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas como Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como competências pessoais e socio-emocionais.

Palavras-chave: enfermagem, parentalidade, educação, adolescente

ABSTRACT

Early childhood is a critical period in which the child develops self-regulation and socio-emotional skills necessary for an adequate socialization. It is one of the periods that the evidences as having a high prevalence of behavioral and emotional problems.

In this way, prevention is the key to the reduction of these disorders and to the promotion of positive development of the child. Thus, this intervention of the nurse should occur within the family, insofar as parenting is the first environment of socialization for children and this should occur through a methodical process of learning and development of emotional, cognitive and behavioral skills.

Nurses facilitate the transition process in the face of crisis situations, seeking to develop coping mechanisms. Parenting is a transition process experienced by parents and, according to the Afaf Meleis theory, it is part of the development transitions.

The work described in this report aimed the develop general and specific skills of a pediatric and children health specialist nurse and a parenting program for adolescent.

In order to fulfill both aims, activities were implemented in different context, namely implementation of nurse care intervention to promote parenting, non-pharmacological therapies and communication techniques with the child and family, conducting case studies, as well as a program entitled "The Future Begins Today" was created, with a simultaneous scoping review titled "The experiences of adolescents in a program of parenting: scoping review".

The execution of these activities allowed the development of common and specific competences as Specialist Nurse of Child and Pediatric Health, as well as personal and socio-emotional skills.

Key words: nursing, parenting, education, Adolescent.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO **10**
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL **12**
1.1. Parentalidade nas dimensões emocionais, cognitivas e comportamentais 15
1.1.1 Criação de um Programa 19
2. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS **20**
2.1 Competências gerais e específicas de enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria **20**
2.1.1 Terapias não farmacológicas para o alívio da dor que implemento 20
2.1.2 Cuidados à criança com doença crónica 26
2.1.3 Cuidados de promoção do crescimento e desenvolvimento infantil 30
2.1.4 Técnicas de comunicação adequadas à criança/jovem e a família, apropriadas à idade e estádio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis 34
2.1.5 Cuidados de Enfermagem ao RN em situação complexa de saúde 40
2.1.6 Promoção da Parentalidade 43
2.1.7 Processo de tomada de decisão 49
2.1.8 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 51
2.2 Programa de reflecção sobre a parentalidade dirigido a adolescentes ... **55**
3. CONCLUSÃO **57**
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS .....
APÊNDICES .....
Apêndice I – Mapa Conceptual .....
Apêndice II – Quadro Síntese da Evidência dos Estudos e Programas Parentais .....
Apêndice III – Scoping Review .....
Apêndice IV – Objetivos e Atividades delineadas .....
Apêndice V – Manual dos cuidados não traumáticos .....
Apêndice VI – Estudo de Caso - LF .....
Apêndice VII – Apresentação da Sessão: Transição na Parentalidade na Hospitalização da Criança .....

Apêndice VIII – Contactos e Informações Úteis.....
Apêndice IX – Plano da Sessão: Transição na Parentalidade na Hospitalização da Criança .....
Apêndice X – Avaliação da ação de formação para colegas enfermeiros.....
Apêndice XI – Planeamento das Consultas Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil
Apêndice XII – Programa de Reflexão sobre a parentalidade: O Futuro Começa Hoje

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caso: FG ♀ 12 Anos 24
Tabela 2 - Descrição do Caso LF ♂ 27
Tabela 3 - Descrição da situação do Caso JS ♂ 36
Tabela 4 - Avaliação do Recém-nascido. *(Adaptado de* Santos, 2011) 41
Tabela 5 - Descrição do Caso IS ♂ 52

INTRODUÇÃO

No âmbito do 7.º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Unidade Curricular Estágio com Relatório, o presente Relatório tem como tema "Desenvolvimento da Parentalidade nas dimensões emocionais, cognitivas e comportamentais: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria".

Esta temática tomou pertinência na medida em que os pais necessitam de um maior suporte na transição para a parentalidade, uma vez que esta é um processo bastante complexo, exigindo dos pais um grande dispêndio emocional, cognitivo e físico (Coleman & Karraker, 1997), tornando a parentalidade num dos papéis com mais significado na vida da família, afetando inevitavelmente os seus estilos de vida (Thomas & Bhugra, 2014).

A mudança que a família vivência para se ajustar a um novo membro constitui frequentemente um processo de transição com muitas condicionantes que devem ser identificadas e acompanhadas pelo Enfermeiro. Neste sentido, é proposto com este relatório a criação e implementação de um programa de reflexão de parentalidade para adolescentes, tornando-se pertinente na medida em que a atuação ocorre no sentido de promoção à *priori* da formação da nova família.

Desta forma compreende-se a importância de um Enfermeiro desenvolver as suas competências, na medida em que este, sendo Especialista, é lhe reconhecida a "competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade" (Ministério da Saúde, 1996 capítulo II, Art. 4º,alínea 3). No caso particular do Enfermeiro Especialista da Saúde da Criança e do Jovem, são lhe reconhecidas as seguintes competências

> "Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem" (Artigo 4º. alinea 1 Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

De forma a desenvolver as competências determinadas para o Enfermeiro Especialista foram delineadas atividades que decorreram num conjunto de instituições que permitem o desenvolvimento das mesmas.

Assim para o presente relatório foram estabelecidos quatro objetivos: Refletir sobre as diversas experiências vivenciadas; Analisar de forma criteriosa as atividades desenvolvidas; Refletir sobre o processo de desenvolvimento das competências de Enfermagem; Apresentar o projeto desenvolvido.

A pesquisa bibliográfica foi realizada fundamentalmente nas bases de dados B-ON (Biblioteca do Conhecimento Online) e plataforma EBSCO e Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A gestão das referências bibliográficas foi feita pela ferramenta *Mendeley* e elaboradas segundo a 6ª edição da *American Psychological Association.*

De forma a dar resposta aos objetivos definidos, o trabalho está organizado em dois capítulos. Num primeiro capítulo concentra-se a justificação da temática bem como o enquadramento conceptual que orientou a prática em todos os contextos, tornando mais claro a orientação de pensamento no restante relatório.

No segundo capítulo são apresentadas as vivências clinicas e a reflexão do desenvolvimento das competências divididas em oito diferentes domínios, onde é possível observar a parentalidade como elemento comum, sendo considerado transversal em todas as temáticas no desenvolvimento da criança e na intervenção do enfermeiro.

De seguida é apresentada uma conclusão, onde é possível identificar algumas considerações finais, bem como projetos futuros.

Em apêndice é possível consultar os documentos que foram considerados pertinentes incluir e que são citados no corpo do presente relatório, nomeadamente os documentos criados para a promoção do desenvolvimento de competências.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A Enfermagem, enquanto disciplina, tem-se desenvolvido de forma a promover a construção de um corpo de conhecimentos que lhe permite uma intervenção no campo clínico, através da conjugação dos seus saberes de origem científica, ética e processual (Abreu, 2011). A perspetiva mais global da disciplina, neste caso da Enfermagem, é o metaparadigma, que consiste no "nível mais abstrato do conhecimento. Determina os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina" (Marriner-Tomey & Alligood, 2004, p.6). Abreu (2011) acrescenta que existe uma concordância considerável, de que o metaparadigma da disciplina de Enfermagem constitui-se pelos conceitos: pessoa, ambiente, saúde e Enfermagem. Donaldson & Crowley (1986) realçam a ligação entre estes conceitos, referindo que a "Enfermagem estuda a integridade ou bem-estar dos indivíduos, reconhecendo que estes estão em interação permanente com o ambiente".

Desta forma, o paradigma pelo qual oriento o meu relatório é o transformativo, uma vez que "perspetiva os fenómenos como únicos, mas em interação com tudo o que os rodeia" (Lopes & Lourenço, 1998), sendo que as características dos fenómenos abordados neste projeto encontram a sua justificação na teórica de Enfermagem Afaf Meleis.

A teoria de Enfermagem de Afaf Meleis apresenta as transições como uma mudança na situação atual de saúde da pessoa, ou nos relacionamentos, expetativas ou habilidades (Meleis, 2012), incluindo o processo e resultado da complexidade da interação pessoa-ambiente, podendo envolver mais do que uma pessoa naquele contexto e situação (Meleis & Trangenstein, 1994).

A transição requer que a pessoa adquira novo conhecimento, de forma a alterar comportamentos e assim obter resultados (Meleis, 2012).

As transições como conceito central da teoria, Meleis defende que as pessoas e/ou famílias vivenciam estas transições face aos diversos eventos na sua vida (Petronilho, 2009). A autora apresenta um esquema teórico que inclui: tipo e padrões de transição, características das experiências de transição, contextos da transição (facilitadores e inibidores), indicadores processuais; indicadores de resultados

esperados e assistência de enfermagem. Inclui a experiência da pessoa numa transição única ou em múltiplas (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Considerando os conceitos que constituem o metaparadigma, Meleis entende os cuidados de enfermagem como terapêuticas de enfermagem, em que os profissionais facilitam o processo de transição da pessoa e família ao longo do seu ciclo vital (Meleis et al., 2000). Sendo que pode incluir não só a pessoa, como o contexto em que se encontra e a situação (Meleis & Trangenstein, 1994). A Enfermagem tem como preocupação o processo e as experiências do ser humano sob transições onde a saúde e o bem-estar são o objetivo final, compreendendo-se assim a saúde como a ausência de doença. Sendo a pessoa, vista como um cliente e sujeita a uma ou mais transições (Meleis & Trangenstein, 1994). Por sua vez, o ambiente inclui nomeadamente, o quarto, a família, fatores socioculturais, comunidade, Enfermeira e/ou instituição (Meleis, 2010).

O cuidar em Enfermagem está assente no pensamento de Marie-Françoise Collière (1999), que defende que o ato de cuidar é algo individual que é prestado a nós próprios desde o momento da aquisição da nossa autonomia, bem como um ato prestado que demonstra reciprocidade, a alguém que em determinado momento teve necessidade de ajuda na resposta às suas necessidades básicas.

Em concordância, outro referencial teórico, são os Cuidados Centrados na Família (CCF), que consistem numa “abordagem aos cuidados de saúde que estrutura as políticas de cuidados de saúde, os programas a organização dos serviços e as interações entre os clientes, família, médicos e outros profissionais de cuidados de saúde” (American Academy of Pediatrics, 2003, p. 691).

Desta forma quando o Enfermeiro adota a filosofia dos CCF, reconhecendo a família como constante na vida da criança, está também assumir o compromisso da prestação de cuidado à criança e à sua família. Assim torna-se fundamental esclarecer o conceito de família, em que a literatura apresenta um conjunto de definições em função das respetivas áreas de estudo. Para o presente relatório foi considerado o conceito apresentado por Hockenberry (2014a, p. 49) que define família como “o que cada pessoa considera que é”, deste modo cabe ao Enfermeiro perceber junto da criança e pais, quem consideram como família.

A integração destes cuidados na prática de Enfermagem exige destes profissionais a capacidade de identificar e respeitar as características e forças individuais de cada família, promover a competência e confiança parental e promover o *empowerment* da família na defesa da criança (Hockenberry, 2014a).

Esta defesa da criança pode ser promovida pelas terapêuticas de Enfermagem, em que o Enfermeiro facilita o processo de transição face a situações de crise, procurando desenvolver os mecanismos de *coping* da criança e ou jovem para que estes sejam capazes de gerirem os stressores. No entanto estas estratégias apresentam limitações necessitando de uma ajuda para ultrapassa-los (Hockenberry, 2014a). Quando tal não acontece, esta experiência pode ter uma influência negativa no desenvolvimento da criança, o que justifica a importância dos cuidados não traumáticos (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015). Por sua vez cuidados não traumáticos significa o

> fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde (Hockenberry & Barrera, 2014, p. 11).

Uma das estratégias utilizadas pelos Enfermeiros que defendem os cuidados não traumáticos são as terapias não farmacológicas, com uma índole psicológica, estão direcionadas para a criança com dor ligeira, em procedimentos dolorosos ou em colaboração com analgesia. O sucesso destas terapias advém do potenciar do controlo da dor e autonomia da criança e sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

As terapias não farmacológicas podem ser agrupadas como: Comportamentais, com o exemplo do relaxamento; Cognitivas incluindo o fornecimento de informação de forma previa; Cognitivo-comportamentais com o recurso a técnicas de distração; Físicas ou periféricas com o exemplo da aplicação de calor ou frio; Suporte emocional promovendo a presença dos pais; e por último Ambientais considerando o espaço, ruido, luz. No entanto, a seleção destes métodos deve ter em consideração o desenvolvimento cognitivo da criança, os seus gostos, bem como a situação (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

De forma a sistematizar os conceitos supracitados, em apêndice (Apêndice I) é apresentado um mapa conceptual que demonstra esquematicamente os mesmos e as suas correlações.

1.1. Parentalidade nas dimensões emocionais, cognitivas e comportamentais

A criança é definida como “todo o ser humano com menos de dezoito anos, exceto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo” (UNICEF, 1990, p. 6).

As competências de autorregulação e socio-emocionais da criança são desenvolvidas no início da infância, sendo necessárias para uma socialização adequada e para os desafios académicos da escola que se aproximam (Blair & Diamond, 2008; cit. por Solmeyer, Feinberg, Coffman, & Jones, 2014), no entanto, a evidência demonstra uma elevada prevalência de problemas comportamentais e emocionais das crianças na população geral.

Num estudo realizado aproximadamente 15% dos pais revelaram que o seu filho de 1 a 3 anos de idade apresenta problemas comportamentais ou emocionais no ramo subclínico ou clínico, e que estes problemas representam dificuldades para os pais e risco no desenvolvimento de problemas persistentes para o futuro destas crianças (Briggs-Gowan, et al., 2001; cit. por Solmeyer, Feinberg, Coffman, & Jones, 2014). Este facto vai ao encontro dos achados da evidência, em que é demonstrado que as crianças com dificuldades de comportamento no início da infância estarão em risco de desenvolver problemas mais sérios posteriormente, como comportamento antissocial ou insucesso escolar (Breslau, et al., 2009; Caspi, et al., 1996; cit. por Solmeyer et al., 2014)

Deste modo, a prevenção no início da infância é fundamental para a redução dos problemas comportamentais e emocionais e para a promoção do desenvolvimento positivo da criança (Solmeyer et al., 2014). Assim esta intervenção deverá ocorrer no seio familiar, na medida em que a parentalidade é o primeiro ambiente de socialização para criança, devendo ocorrer através de um processo metódico de aprendizagem e de desenvolvimento de competências emocionais, cognitivas e comportamentais.

Atualmente a evidência demonstra, através da realização de alguns estudos, que com a implementação de cursos com esta filosofia os ganhos em saúde para as crianças e famílias são inúmeros, tendo alguns destes estudos sido transpostos para programas já em prática como a “Nurse–Family Partnership” (Olds et al. 1998) e “Incredible Years” (WebsterStratton and Reid 2003), sendo que ambos se centram na

parentalidade e têm demonstrado evidência de um impacto positivo nas crianças e famílias (Solmeyer et al., 2014), tendo inclusivamente o segundo estudo supracitado sido já testado em Coimbra. De forma sintética é assim apresentado em apêndice (Apêndice II) um quadro que resume alguns destes estudos e programas bem como os seus respetivos resultados.

A Parentalidade é um processo de transição vivenciado pelos pais, e segundo a teoria de Afaf Meleis, insere-se nas transições de desenvolvimento, no sentido que requer uma conquista da integração, maturação e especialização de competências nas dimensões biológica, mental, social e espiritual (Canaval, Deisy-Jaramillo, Haydee-Rosero, & Germán-Valencia, 2007). Assim, parentalidade é definida como um conjunto de ações perpetuadas pelos adultos com poder parental às crianças com o objetivo da promoção do desenvolvimento das mesmas da forma mais plena que existe, recorrendo aos recursos existentes dentro e fora da família (Cruz, 2013). A autora acrescenta que este fenómeno inclui três componentes, comportamental, cognitivo e emocional. Referindo-se ao comportamental as competências do saber fazer, e dentro dos diversos processos cognitivos, Cruz (2013) realça os conhecimentos, as crenças, valores e atitude. Goleman (2006) entende as competências emocionais como habilidades aprendidas e a concretização do potencial da inteligência emocional da pessoa. Por sua vez Augusta Branco (2004) realça que uma pessoa que desenvolveu uma elevada competência emocional, coexiste nela mesma uma alta perceção daquilo que consegue ou não controlar.

Já o *International Council of Nurses* (2011, p.66), na publicação da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) 2.0 define parentalidade como

> "assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para optimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados."

A literatura apresenta outro conceito, parentalidade positiva, definido pelo Council of Europe (2006) como

> "comportamento parental baseado no melhor interesse da criança e que assegura a satisfação das principais necessidades das crianças e a sua capacitação, sem violência, proporcionando-

lhe o reconhecimento e a orientação necessários o que implica a fixação de limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento"

No entanto, neste relatório optou-se pelo conceito definido por Cruz, deste modo, quando se utilizar o termo parentalidade refere-se ao definido pela autora.

A este comportamento Cruz (2013) acrescenta um sentido funcional e proposicional, em que os pais pretendem através do seu ato de cuidar satisfazer as necessidades básicas das crianças desde a sua sobrevivência à saúde; disponibilizar à mesma um mundo físico que seja organizado e previsível, onde encontre espaços, objetos e tempos que permitam o estabelecimento de rotinas; dar resposta às necessidades de compreensão a nível cognitivo da realidade do que se passa fora do seu seio familiar; satisfazer as necessidades de afeto, confiança e segurança; satisfazer as necessidades de interação social e a integração da criança na sociedade.

O sucesso do cuidado parental deve-se em parte à competência parental, onde Zarifian (1999; cit. por Fleury & Fleury, 2001) defende a competência como "a inteligência prática para situações que se apoiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam com tanto mais força, quanto mais aumenta a complexidade das situações". Por sua vez, a competência aplicada às exigências da parentalidade tem influência em três componentes, a socialização (social), a cognição (aprendizagens), a emoção (afetos e emoções). Este conjunto de comportamentos terá influência no desenvolvimento da criança (Cruz, 2013) e na sua implementação, sendo assim transpostos em ações, as quais se denominam como comportamentos parentais, que consistem em atividades com o objetivo de garantir a sobrevivência e o desenvolvimento da criança (Hoghughi & Long, 2004).

No entanto, todos estes comportamentos diferem de pais para pais de acordo com o seu estilo parental. Este estilo consiste num conjunto de atitudes para com a criança que criam um clima emocional no qual o comportamento dos pais é expressado (Darling & Steinberg, 1993). Estes de acordo com as suas características podem ser classificados como democrático, permissivo ou autoritário (Hockenberry, 2014a).

Darling & Steinberg (1993) acrescentam que os estilos parentais são, em parte, "resultado das metas e valores dos pais, porém, cada um dos atributos parentais

influência o desenvolvimento da criança e adolescente mediante diferentes processos".

Todos estes fatores vão condicionar o desenvolvimento da criança, uma vez que

> "é um processo dinâmico pelo qual a criança é transformada desde a sua reação às sensações e da sua dependência dos pais até ao momento em que dá sentido à informação e responde de forma planeada, organizada e independente" (Sheridan, 2008, p.53).

Este processo toma sentido na ciência de Enfermagem, na medida em que adota uma filosofia de cuidados holísticos. A enfermagem holística inclui a mente, corpo e espirito da pessoa, numa cultura que apoia a relação terapêutica enfermeiro/pessoa. Resultando num todo, harmonia e na cura, com foco no cuidado à pessoa com o intuito da prestação de cuidados individualizados, encarando a pessoa como um todo e não as duas partes fragmentadas (Potter & Perry, 2004).

É neste sentido que surge a criação de um programa de reflexão de parentalidade para adolescentes, na medida em que estes se encontram num processo de formação da sua personalidade e mesmo não estando num momento do seu ciclo de vida da formação de uma nova família, é fundamental discutir com os jovens as temáticas dos relacionamentos saudáveis e parentalidade, com o sentido da promoção de comportamentos saudáveis para o futuro.

A Organização Mundial de Saúde define a adolescência como um período de crescimento e desenvolvimento humano que decorre entre a infância e a fase a adulta, criando um intervalo de idades entre os 10 e os 19 anos. Esta fase representa uma das transições mais críticas do ciclo de vida e é caracterizada por um aumento de crescimento e mudanças (WHO, n.d.), nomeadamente biológicas, intelectuais, psicossociais e económicas (Saewyc, 2014).

Os determinantes biológicos da adolescência são universais, no entanto a duração e características determinantes deste período podem variar de acordo com as épocas, culturas, e situação socioeconómica (WHO, n.d.).

1.1.1 Criação de um Programa

A criação de um programa de reflexão sobre parentalidade para adolescentes encontra a sua pertinência pelo conhecimento de que uma preparação adequada para uma futura transição necessita de tempo, de forma a que a pessoa tenha oportunidade de desenvolver as suas competências e assim assumir as suas responsabilidade (Meleis, 2010).

Em simultâneo com a criação deste programa foi realizada uma *scoping review* intitulada "As experiências dos adolescentes num programa de parentalidade: a scoping review", com o objetivo de identificar a influência de um programa de parentalidade a adolescentes na perspetiva dos adolescentes, tendo sido realizada de acordo com a metodologia de Joanna Briggs Institute Systematic Reviews and Implementation Reports (JBISRIR) (Apêndice III).

A promoção de saúde através de uma metodologia de implementação de um programa deve sempre ter em consideração o seu público-alvo. Neste caso, estando em causa adolescentes e jovens adultos, isto implica estratégias de ensino direcionadas mais para adultos, em que o seu processo de ensino significa Andragogia (palavra com origem no *andros,* que significa homem e *agôgia,* que significa a ação de conduzir, e que no seu conjunto define o processo de educação dos adultos e que difere em muito da pedagogia tradicional). Uma vez que o adulto apresenta uma necessidade de saber e compreender a utilidade da aprendizagem, sendo responsáveis pelas suas ações e decisões, nesta situação a experiência prévia é relevante e a sua motivação está diretamente relacionada com a utilidade do conteúdo (Knowles, 1990; cit. por Canário, 1999). Deste modo Karl Popper (1995; cit. por Canário, 1999, p. 135) defende que "todas as aprendizagens são ativas, na medida em que correspondem a situações de processamento de informação, a que a experiência anterior dá sentido e que permitem a contínua elaboração de teorias, ou seja de visões do mundo".

Esta visão que os adultos detêm, compreende-se agora que terá uma grande influência no seu processo de aprendizagem relativa à transição para a parentalidade.

2. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS

No desenvolvimento de competências comuns e específicas como Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) esta mestranda procurou utilizar um modelo conceptual centrado na criança e pais, determinando esta tríade como o centro dos seus cuidados.

Com base neste pressuposto foram definidos dois objetivos gerais: desenvolver competências gerais e específicas de enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria; construir um programa para a parentalidade dirigido aos adolescentes. De acordo com os mesmos, é apresentado no apêndice IV o planeamento para a concretização dos mesmos.

2.1 Competências gerais e específicas de enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria

Com base no presente objetivo geral, foram elaborados um conjunto de objetivos específicos de acordo com as competências avaliados como necessárias a desenvolver. Deste modo, durante o estágio foram implementadas atividades com o intuito do desenvolvimento das mesmas. Os diversos contextos, por questões de confidencialidade mantêm-se anónimos, tendo sido selecionada uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), um Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), um Serviço de Internamento de Pediatria Médica, uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma Escola Secundária.

2.1.1 Terapias não farmacológicas para o alívio da dor que implemento

> *"A dor é um fenómeno multidimensional, complexo, com efeitos nefastos na saúde (…) é uma caixa de ressonância impregnada de significados pessoais e sociais que deve ser avaliada e tratada como experiência pessoal de quem a vivência, e de quem dela cuida."* (Batalha, 2010, p. 13)

Nos cuidados ao recém-nascido (RN) a dor é um dos grandes desafios dos profissionais, na medida em que nesta fase do seu ciclo vital apresenta uma hiperalgia, uma vez que os seus três principais eixos da dor (periféricos e centrais)

estão presentes e funcionais na 24ª semana de gestação, em oposição ao seu sistema inibidor ainda indiferenciado aos 3 meses de vida (Batalha, Santos, & Guimarães, 2007). A evidência demonstra que o RN apesar de não manter de forma consciente uma memória da sua experiência de dor, fica registada no seu corpo, e que a ineficiência do controlo da mesma apresenta consequências a longo prazo, nomeadamente com implicações no seu neurodesenvolvimento (Page, 2004).

O controlo da dor toma uma maior complexidade quando inserido no contexto de unidades neonatais, na medida em que o RN é alvo constante de procedimentos dolorosos. Neste sentido, durante a minha experiência de estágio procurei compreender quais os cuidados promotores do desenvolvimento do RN na intervenção do controlo da dor. Estes incluem: a gestão dos estímulos sensoriais (através da luminosidade da sala e das incubadoras de acordo com o estadio de desenvolvimento do RN prematuro e a redução do ruído ambiente, com a promoção do silêncio dentro da unidade e diminuição do volume dos alarmes sonoros dos monitores); a redução das manipulações; envolvimento dos pais nos cuidados.

Na gestão da dor do RN, a intervenção que realizei junto dos pais era gerida de acordo com a vontade dos mesmos, na medida em que a sua presença nem sempre indicava capacidade para se integrar nos cuidados ao seu filho uma vez que vivenciavam uma transição para a parentalidade condicionada por esta particularidade. No entanto, a gestão da dor do RN eram momentos de oportunidade não só de conforto para o RN mas sobretudo de vinculação, através do toque e conforto; o recurso à sucção não nutritiva; posicionamento adequado do RN através da contenção com o recurso a "ninhos" e rolos de posicionamento, o embalo e "colinho".

Assim compreendi que a inclusão dos pais na realização de procedimentos dolorosos ao RN deve ser um processo a ser construído com os pais, para que estes sejam dotados de toda a informação do que irá ocorrer de forma a sentirem-se confiantes e tranquilos, permitindo-lhes confortar o RN, indo ao encontro do que é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros por "Permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar, tendo em conta o papel parental desejado no momento". A intervenção do Enfermeiro neste sentido, torna-se fundamental para a qualidade dos cuidados, na medida em que o RN responde ao comportamento dos

pais, e este pode ser facilitador através do conforto do toque, mas inibidor se os pais apresentarem sinais de ansiedade (Batalha et al., 2007). Nos RN de termo, a Ordem dos Enfermeiros (2013) defende que o contacto físico dos pais com o RN, em que realçam a mãe, parece apresentar uma diminuição da resposta comportamental e fisiológica à dor.

Uma vez que ao longo do seu ciclo vital, a criança será sujeita a procedimentos dolorosos, torna-se imperativo que os profissionais orientem a sua prática com o propósito do controlo da dor de modo a promover uma qualidade de vida e a proporcionar à criança uma experiência o menos desagradável possível (DGS, 2012).

A experiência de dor é condicionada por alguns fatores que não podem ser alterados, como a idade, sexo, o nível de desenvolvimento, as experiências prévias e o contexto familiar e cultural. No entanto existem um conjunto de intervenções do Enfermeiro que podem resultar numa diminuição da dor, ansiedade e medo, vividas pela criança (DGS, 2012; Myers et al., 2006).

Um local onde são realizados com alguma recorrência procedimentos dolorosos é o SUP, onde as crianças e os pais já vivenciam, *a priori,* um sentimento de medo e insegurança por terem vivido uma transição de saúde e doença e viverem um período de agudização.

Os fatores acima referidos podem ser facilitadores ou dificultadores da nova experiência. Deste modo, aquando da minha passagem pelo SUP procurava realizar uma avaliação dos mesmos de forma a orientar a minha intervenção. Com o avançar da complexidade dos cuidados que fui prestando e, considerando as competências que me propus a desenvolver, criei o que denominei como o “Manual de cuidados não traumáticos”, que consistia numa articulação dos conhecimentos que fui adquirindo relativamente ao desenvolvimento da criança, as estratégias de comunicação e terapias não farmacológicas. O desenvolvimento deste instrumento permitiu-me a sistematização do conhecimento que fui adquirindo, bem como reflexão da minha prática e articulação das várias estratégias, culminando numa progressão da minha prática. O documento que relata esta experiência é incluído para consulta no apêndice V.

Na minha prática em estágio, procurei compreender e implementar, quando possível, terapias não farmacológicas no controlo da dor. No SUP estas decorriam na

sua grande maioria num contexto de dor aguda. Em dois casos particulares que estive presente, foi possível compreender a importância e o impacto que estas podem ter. Numa primeira situação com um bebé de 2 meses para a realização de um procedimento doloroso aquando da colheita de sangue para análises, expliquei à mãe como poderia colaborar, através do toque e conforto ao bebé. A mãe concordou e o procedimento foi realizado, tendo sido possível observar como o comportamento do bebé mudou no momento em que mãe se colocou mais próxima dele, cara-a-cara, demonstrando algum relaxamento muscular e diminuição do choro. No entanto, noutra situação idêntica a nível de idade do bebé e procedimento, a mãe também esteve presente aquando da realização do procedimento, porém estava a viver a transição de saúde-doença com alguma dificuldade, não prestando o conforto ela própria, tendo sido os profissionais a fazê-lo através de caricias, e recorrendo à sucção não nutritiva, não tendo sido sendo observado de forma notória nenhuma alteração no comportamento do bebé.

Num outro caso, FG, uma menina de 12 anos, procurei utilizar a estratégia de distração e "Atribuir à criança algum controlo sobre o tratamento" (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Neste caso, ainda que numa fase inicial senti que a estratégia estava a resultar, por sentir que estava a ganhar a confiança da criança, com o avançar do tempo percebi que a mesma estava simplesmente a adiar o inevitável vendo-me forçada a interromper este processo que a criança estava a desenvolver, sob pena de sentir que estava a quebrar a confiança que a criança tinha depositado em mim, ainda que tenha agido no seu melhor interesse. Ainda assim, no final, procurei "Dar feedback positivo" (Ordem dos Enfermeiros, 2013) com o intuito de tornar a experiência em algo positivo para o futuro daquela jovem. Esta interação entre mim e a criança é possível consultar na tabela 1.

Tabela 1 - Caso: FG ♀ 12 Anos

Após introdução e explicação do procedimento… *FG – Vocês não me vão prender?* *DC – FG nós não te vamos prender, vais-te deitar aqui nesta maca e quando tiveres pronta é que damos a medicação.* *FG – Está bem, mas só quando eu tiver pronta!* *(Ela deitou-se, mas a cada aproximação vira-se e fugia)* *DC – FG então conta-me o que fizeste hoje na escola, ….* *(Procurei conversar com ela, mas ela constantemente fugia, tentou por várias vezes adiar a injeção)* *DC – FG vamos só fazer um pouco de pressão nas tuas pernas para não contraíres e doer menos.* *(No momento em que fazemos isto e dirigimo-nos para dar a administração)* *FG – Vou chamar a policia! Vou vos prender!* *(Administrada terapêutica)* *DC – Já está, agora devagarinho vais-te levantar.* *FG – A serio? Não custou nada. Desculpem por ter falado assim com vocês.* *DC – Não faz mal, estavas assustada e nervosa. Mas portaste-me bem, e não te mexes-te quando estávamos a dar a medicação.*

Na análise do discurso é possível identificar que o pedido inicial da FG "*Vocês não me vão prender?*" representa um medo de perda de controlo. Deste modo a minha resposta foi dirigida a esse medo, com enfoque no controlo que a criança tem da situação.

Após a implementação de estratégias, nomeadamente de distração através da conversa, a explicação do porquê da contenção dos membros inferiores não era usada como medida de imobilização, mas sim para prevenção da dor. Na resposta da criança é interessante observar uma estratégia de intimidação da mesma, pela ameaça de que irá chamar a policia. Terminando a intervenção com retoma do controlo para a criança, "*Já está, agora devagarinho vais-te levantar*".

Durante a minha prática procurei utilizar a estratégia do humor com a criança e jovem, uma vez que o riso permite o desvio da atenção da criança do estímulo que estamos a provocar ou que está a sentir e proporciona alívio da tensão e das preocupações. Esta prática permitiu-me desenvolver com maior facilidade e confiança as relações que fui estabelecendo com as crianças e pais.

No entanto, existem interações que exigem a articulação de várias estratégias em simultâneo, nomeadamente durante o estágio no Serviço de Internamento de Pediatria Médica, uma criança de 5 anos com necessidade da inserção de um cateter venoso periférico, a estratégia que utilizei foi a distração através da conversa e de bolas de sabão. Esta estratégia revelou-se bastante frutífera, uma vez que permitiu a transformação de uma experiência negativa, para aquela criança e família, num momento em que conseguiram gerir os seus sentimentos e receios. Aqui, a criança apesar de estar a ser alvo de um procedimento doloroso, conseguiu gerir os fatores de stress e sentir algum controlo através da respiração no soprar das bolas de sabão e consequentemente na observação das mesmas.

Este resultado torna-se fundamental, na medida em que a ineficácia da gestão da dor da criança numa fase inicial de tratamento, está diretamente relacionada com a dificuldade da gestão da dor nos futuros procedimentos dolorosos (Weisman et al. 1998; cit. por Hedén, Von Essen, & Ljungman, 2009).

O recurso a esta estratégia segundo a evidência apresenta resultados muito positivos para a gestão da dor da criança, na medida em que as bolhas de sabão tem sido utilizada na gestão da dor nas crianças motivada por procedimentos dolorosos, bem como tendo um efeito na respiração facilita o relaxamento da mesma (Hedén et al., 2009).

Um estudo realizado em que se compara a utilização das estratégias de bolhas de sabão e um saco de água quente com os cuidados *standard* na inserção de uma agulha num cateter totalmente implantado, revelou que a utilização destas estratégias apresenta maior eficácia na redução da experiência que a criança vivencia de medo e *stress* relacionada com procedimentos envolvendo agulhas (Hedén et al., 2009).

E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

A evolução na minha prática clinica foi notória nos diferentes contextos, na medida em que os cuidados não-traumáticos passaram de um conceito para uma filosofia orientadora de cuidar com o recurso a todas as estratégias mencionadas. Este fato permitiu-me desenvolver uma serie de competências a que me tinha proposto.

2.1.2 Cuidados à criança com doença crónica

"A doença crónica na infância corresponde a uma desordem que tem uma base biológica, psicológica ou cognitiva. (...) A doença de um membro da família é também a doença da sua família"
(Ferreira, 2013)

Um momento de crise para uma família é o internamento de uma criança, o que é causador de *stress* para os pais por diversos fatores, Sanders (2014) refere como fator agravador da ameaça para a criança, uma experiência anterior, forças do ego disponíveis, stresse adicional, crenças, entre outros. Esta alteração na vida da família pode levar a mudanças nas dinâmicas familiares, o que implica um acompanhamento atento do enfermeiro de forma a minimizar os fatores de *stress* e desenvolver estratégias na promoção das competências parentais (Sanders, 2014).

A introdução dos CCF nestes contextos promove o envolvimento dos pais nos planeamentos dos cuidados às crianças, no entanto, o mesmo implica cuidados aos pais de forma a garantir que estes não negligenciem as suas necessidades de comer, dormir e relaxamento (Sanders, 2014).

Neste sentido, a criança à qual é diagnosticada uma doença crónica, leva à avaliação do impacto deste fenómeno na vida dos pais e da própria criança, considerando não só a doença bem como a fase de desenvolvimento da criança, uma vez que cada faixa etária tem os seus desafios.

A doença crónica pode ser definida como

> "uma condição que interfere com o funcionamento do dia a dia por mais de 3 meses num ano, causa hospitalização por mais de 1 mês num ano, ou no (momento do diagnóstico) tem a probabilidade de causar ambas as situações" (McElfresh & Merck, 2014, p. 898)

No entanto esta criança está integrada numa família, assim compreende-se que o objetivo principal das terapêuticas de Enfermagem direcionadas para a família vá ao encontro da adaptação da mesma e em ajudá-la no seu funcionamento ao longo da vida da criança, não se restringido apenas às fases de diagnóstico e internamento (McElfresh & Merck, 2014).

Desta forma, a prática que fui exercendo no estágio foi no sentido de estabelecer estratégias com a família, na aceitação da doença, na gestão da doença no dia-a-dia, na satisfação das necessidades da criança e de todos os membros da família, no estabelecimento de suporte, entre outros (McElfresh & Merck, 2014).

Um caso vivenciado e de alguma complexidade foi o caso do LF de 17 anos, para o qual foi realizado um estudo de caso apresentado no apêndice VI.

Tabela 2 - Descrição do Caso LF ♂

Queixa Principal: Dor abdominal nos quadrantes inferiores, de agravamento progressivo, seguida de um vómito e depois febre (38,5ºC) *Antecedentes Pessoais: Diagnóstico pré-natal de Rim esquerdo multiquístico, Pielonefrite aguda + Insuficiência Renal Crónica período neonatal, Rim direito hipoplásico, involução Rim esquerdo displásico aos 6 meses de vida;* *Diagnóstico Principal: Peritonite em adolescente com insuficiência renal crónica em diálise peritoneal. A realizar antibioterapia e a diálise peritoneal em ciclos manuais.*

O LF e a sua família vivenciavam uma situação crise, causada por diversas transições, nomeadamente, saúde-doença, desenvolvimento e parentalidade.

O diagnóstico de uma doença crónica inicia uma transição de saúde-doença, na situação especifica de uma criança, a evidência indica que estes estão mais vulneráveis, pois decorre do confronto com a incapacidade de realização de determinadas atividades (Ferreira, 2013).

Desta forma, tive de avaliar a criança de acordo com o seu estadio de desenvolvimento, uma vez que as respostas variam de acordo com o mesmo. Destas destacam-se as alterações de humor, tal como nesta situação um jovem de 17 anos, onde é compreensível o comportamento que observei de isolamento social e tristeza, na medida em que Cordeiro (1976, cit. por Ferreira, 2013) apresenta uma serie de comportamentos semelhantes: tristeza, solidão, queixas hipocondríacas ou

comportamentos repetitivos ritualizados e compulsivos. ——Este acompanhamento permite-nos compreender de que forma a criança/jovem está a gerir este diagnóstico.

Kubler-Ross (1996) identificou cinco estágios pelos quais a pessoa passa face aos diagnósticos de doença potencialmente fatal: negação/isolamento, raiva, negociação, depressão e aceitação. No entanto a autora realça que estas etapas não se substituem, podendo no entanto ocorrer bastante próximas ou mesmo em determinados momentos sobreporem-se (Kubler-Ross, 1996).

Neste caso estudado, a abordagem que realizei a este jovem foi condicionada pela identificação do estágio em que se encontrava, a qual partilhei e discuti com a restante equipa de Enfermagem, na medida em que considerava que LF ainda se mantinha no primeiro estágio, a "negação/isolamento", apenas apresentando alguns traços do próximo estágio de revolta, uma vez que a revolta que apresentava era dirigida aos profissionais de saúde, dos quais ele sentia que lhe limitavam as opções, nomeadamente alimentares, não demostrando ainda capacidade de compreensão da complexidade do seu processo de doença.

A criança/jovem tem muitas alterações derivadas do processo de doença o que tem efeito nos pais, que entram num processo de luto pelo confronto entre as expectativas/realidade. Isto deve-se ao facto de a criança idealizada como saudável não corresponde à situação presente. Por outro lado, os sentimentos de incapacidade estão muitas vezes associados a estes pais pela complexidade de cuidados que têm de prestar, sendo necessário reforçar a educação sobre expectativas, reforço positivo e garantir momentos de descanso para os pais. Tal pode ser conseguido através do *empowerment* dos pais, com o desenvolvimento de conhecimento e estabelecimento de estratégias para gerirem a doença e fatores stressores (McElfresh & Merck, 2014).

Nesta situação era notório que a mãe do LF apresentava alguns sinais de cansaço e frustração na gestão dos cuidados do LF. Eles apresentam dificuldade na gestão dos seus papéis na dinâmica familiar, exercendo o LF um papel de poder, contrastando com uma grande dependência emocional da mãe na gestão da terapêutica.

A literatura demonstra que a doença crónica no filho tem um efeito desorganizador nos pais. Os Enfermeiros através das suas terapêuticas devem apoiá-los de forma a conseguirem reorganizarem-se e a poderem gerir as condições

necessárias para o seu filho (Carreiras, 2000; Nóbrega et al., 2010; cit. por Ferreira, 2013). Neste sentido, procurei, em primeiro lugar, prestar algum apoio à mãe, de modo a compreender as necessidades da mesma e da restante família, nomeadamente a irmã mais nova, e com este conhecimento, em conjunto com a mãe e LF, procurámos estabelecer algumas estratégias que promovessem a transição na parentalidade que estavam a vivenciar, pelo agravamento do estado de saúde do LF e pelo processo de adaptação à doença. Uma das dificuldades que foi apresentada foi a incapacidade do LF realizar o ciclo de diálise peritoneal no domicílio sem a presença da mãe, o que condicionava a gestão familiar, na medida em que impreterivelmente a mãe tinha de estar em casa às 20 horas. Procurei compreender a origem deste problema, tendo o LF referido ter conhecimentos e preparação para realizar o tratamento, mas que se sentia muito inseguro, com receio constante da possibilidade de se ter esquecido de algo na preparação do equipamento. Desta forma construímos, com a orientação do LF, um guia de preparação passo-a-passo do equipamento de forma a que na eventualidade de a mãe não estar presente ele se sentisse mais confiante e assim promovermos a sua autonomia.

Noutra perspetiva, referiram uma vez que a sessão no domicilio iniciava às 20h, habitualmente ele realizava a refeição do jantar no quarto separado da restante família, procurei perceber com a família a possibilidade de realizarem as refeições mais cedo de forma a integrar o LF neste momento de dinâmica familiar, no entanto o LF não ficou muito recetivo à mudança.

E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

Os cuidados prestados ao LF e a outras crianças e jovens internados no serviço de pediatria médica permitiram desenvolver competências nos cuidados à criança com doença crónica e à sua família.

2.1.3 Cuidados de promoção do crescimento e desenvolvimento infantil

O desenvolvimento de competências na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil foi sendo realizado ao longo de todas as experiências de estágio, mas serão referenciadas as aprendizagens apenas obtidas em contexto de cuidados de saúde primários.

O enfermeiro de família tem como objetivo prestar cuidados à criança e família e promover o aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, o que irá favorecer o desenvolvimento das competências parentais tornando possível que os pais e as famílias o assumam, como direito e dever (DGS, 2013).

A aplicabilidade destes cuidados vai desde a valorização dos cuidados antecipatórios que são visionados

> "como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e 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. 5).

A intervenção de Enfermagem deve ser dirigida à família e não apenas à criança, considerando os CCF. A compreensão desta filosofia de cuidados permite-nos potencializar a grande influência dos pais na saúde dos seus filhos através dos seus comportamentos educacionais e crenças de saúde, em particular, na prevenção e vivencia da doença (Barros, 2010).

Neste sentido, dos referenciais teóricos presentes em todo o estágio, salienta-se neste contexto, os *Touchpoints*, que consistem em períodos previsíveis de regressão e desorganização que ocorrem antes de um pico de desenvolvimento da criança. Esta filosofia de cuidados integrada nos CCF engloba também a previsão dos sentimentos vividos pelos pais nestas etapas, como frustração e dúvida, o que pode resultar em períodos de desorganização e disrupção familiar. Deste modo este conhecimento é uma ótima oportunidade para os Enfermeiros intervirem junto da família.

De forma a por em prática estes conhecimentos, optei por numa primeira instância observar as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil realizadas pela Sr.ª Enfermeira Especialista da Unidade, o que me permitiu identificar estratégias de comunicação facilitadoras, nomeadamente procurar compreender e conhecer quais

os comportamentos e realidade da família em questão e, com essa informação, colmatar o que considerasse pertinente, substituindo a estratégia da exposição da informação.

A adoção desta estratégia com as famílias permite, em primeiro lugar, realizar uma avaliação da situação atual da família e as suas necessidades, bem como o fato de apresentarmos uma escuta ativa facilita o estabelecimento de uma relação de confiança, o que será essencial para a identificação fatores de risco no desenvolvimento da criança e na família, e na resolução dos mesmos.

Considerando as aprendizagens realizadas, o "Programa nacional de saúde infantil e juvenil" (PNSIJ), escala de *Mary Sheridan* e os *Touchpoints* foram planeadas duas consultas de vigilância para duas faixas etárias distintas, 4 meses e 5 anos. As orientações teóricas de ambas as consultas são disponíveis para consulta no apêndice XI. A realização das consultas foi feita com a supervisão da Sr.ª Enfermeira Especialista.

A primeira consulta foi a uma menina de 4 meses, acompanhada pela mãe. Numa primeira fase da consulta apresentei-me, e dirigi a consulta de forma a conversar com a mãe e compreender as dinâmicas e filosofia familiar, nomeadamente: higiene de sono, alimentação, onde passa o dia, atividades lúdicas, estrutura familiar, dentição/higiene dentária, cuidados de higiene, entre outros. Enquanto realizávamos esta conversa, realizei uma observação física da criança, a sua postura sentada e em ventral, a sua reação à mãe, entre outros.

Enquanto observava a menina procurei explicar à mãe da menina tudo o que estava a realizar e concluir, de forma a que fosse um processo construído por ambas. Quando executei o movimento de sentar, a bebé ainda não apresentava muita tonicidade a nível cervical, o que condicionava a sua capacidade de manter a cabeça ereta. Depois de explicar a situação à mãe recomendei que quando estivessem a brincar procurassem colocá-la mais vezes sentada com algum apoio. O mesmo se verificava relativamente à posição ventral, a qual necessitava que estimulassem a elevação da cabeça, explicando que ela progressivamente iria elevar-se cada vez mais.

Foi uma consulta muito interessante, pois a mãe foi progressivamente entusiasmando-se mais na observação da criança, demonstrando mais capacidade

de identificação de comportamentos e respostas aos estímulos que provocávamos. Apresentavam uma boa interação, a criança sorria para mãe sempre que esta falava para ela.

Esta família estava a vivenciar uma transição para a parentalidade, na medida em que a díade estava a desenvolver conhecimentos uma sobre a outra e a mãe competências, não apenas cognitivas, mas também emocionais e comportamentais.

A participação nestas consultas, e o desenvolvimento da capacidade de avaliação da criança e intervenção junto da mesma e da família permitiu-me desenvolver competências entre as quais:

E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.

Outra consulta que tive oportunidade de realizar com supervisão, foi a um menino de 5 anos e seus pais. Procurei intervir com os mesmos princípios, mas esta segunda situação, pelo estadio de desenvolvimento da criança, permitiu-me envolvê-lo na sua avaliação de uma forma mais ativa.

O fato de ser a criança a explicitar os seus hábitos alimentares, de higiene etc., permite não só a promoção do envolvimento da criança nos seus cuidados, bem como uma avaliação do seu desenvolvimento, a nível linguístico, cognitivo, bem como da parentalidade, pois é possível observar a dinâmica familiar aquando do discurso da criança, a procura de reforço positivo no olhar dos pais, a correção de algo dito por parte da mãe, por exemplo com o intuito de indicar que há dificuldades na ingestão regular de legumes.

Todos estes comportamentos observáveis podem ser fatores facilitadores na identificação das necessidades da família. Neste exemplo, as dificuldades da alimentação desta criança, o fato de prestarmos CCF e olharmos para a pessoa numa perspetiva holística permitiu-nos compreender, que um problema inicial residia no fato de a mãe não gostar também de comer legumes, o que a criança apresentava como um modelo de comportamento. Posteriormente foi identificada a questão da disciplina, na medida em que na escola comia e em casa não.

Desta forma procurei abordar a questão com a família com o intuito de, em primeiro lugar, compreenderem a importância da alimentação saudável e, em segundo

lugar, identificar quais as opções de legumes que poderiam ser do agrado da família, tornando este projeto num objetivo comum, o que resultou muito bem, uma vez que a família retornou à consulta 2 semanas depois, tendo já conseguido integrar a sopa 3 vezes por semana, optando nos restantes dias por comer legumes e/ou salada.

A minha intervenção com a esta família, não considerou apenas a transição individual de cada elemento, nomeadamente de desenvolvimento da criança, de parentalidade dos pais, mas também a sua relação entre si e com o ambiente. Meleis defende que é imperativo para as terapêuticas de enfermagem a compreensão da forma como as pessoas gerem a transição e da influência do ambiente nesse processo de coping (Meleis, 2012).

Esta experiência permitiu-me construir um projeto de saúde em parceria com aquela família, bem como desenvolver competências como futura enfermeira especialista, 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 utilização da metodologia dos *touchpoints* foi algo muito gratificante nesta idade, na medida em que ao partilharmos com os pais os comportamentos esperados nesta idade, neste caso um rapaz, em que os pais referiam que ele vivenciava por vezes sentimentos de agressividade, estes revelaram uma sensação de “alivio”.

O desconhecido do que é esperado atribuía aos pais um sentimento de anormalidade que foi desmitificado pelos elementos esperados neste ponto de referência apresentado por Brazelton, bem como conhecimento de como agir face aos comportamentos do seu filho com o intuito de promover o seu desenvolvimento de uma forma saudável.

2.1.4 Técnicas de comunicação adequadas à criança/jovem e a família, apropriadas à idade e estádio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis

> "O ser humano é, por natureza, um comunicador, pelo que comunicar constitui uma experiência central no desenvolvimento da criança (…). Desde o nascimento, adultos e crianças interagem, através de comportamentos verbais e não verbais." (Sim-Sim, Silva, & Nunes, 2008, p. 29)

A comunicação com a criança segue um quadro de referência, com base no normal desenvolvimento da linguagem e pensamento da mesma. Este ocorre do sensório-motor para a perceção, seguindo-se para o concreto, terminando no abstrato (Hockenberry, 2014b). No estágio perlocutório é esperado que a criança reaja aos estímulos, neste sentido Brazelton e Sparrow (2009) defendem que a aprendizagem da comunicação proveniente do bebé advém da observação do mesmo, uma vez que o seu comportamento neste estadio é a sua forma de comunicação. Torna-se assim necessário reforçar de forma positiva os pais que a comunicação com o bebé irá progressivamente ser conseguida com sucesso e que o desenvolvimento desta competência não coloca em causa os cuidados ao bebé, na medida em que este se não tiver satisfeito alguma necessidade irá demonstrá-lo.

A UCIN é um contexto com grandes especificidades e complexidades, em que muitas vezes os pais sentem-se como meros espetadores dos cuidados prestados pelos profissionais aos seus filhos (Braga & Morsch, 2003).

O Enfermeiro na promoção da vinculação ao ir ao encontro das necessidades de desempenho do papel parental, na inclusão dos pais na prestação de cuidados, tem de demonstrar que este papel não está correlacionado apenas com a dimensão física, nomeadamente, alimentação, higiene, eliminação, etc. A parentalidade inclui também uma dimensão emocional que está comprometida pelas múltiplas transições que esta família está a vivenciar, derivadas por este novo papel a desempenhar, a situação de doença do RN e o seu espaço familiar passou a ser o meio hospitalar onde não existe privacidade.

Deste modo, durante o meu estágio, pude compreender que o estímulo da comunicação dos pais com o RN, nestes moldes com um intuito de aprendizagem, permite que os pais se sintam valorizados, a desempenhar um papel importante na vida daquela criança, em que simultâneo leva à promoção da vinculação, à confiança

parental durante a prestação de cuidados, o que culmina na satisfação dos pais e RN. Realçando que o RN prematuro, mesmo nas primeiras semanas, já apresentam respostas a algumas formas de estímulos sociais (Schaffer, 1996; Schermann, 1994; cit. por Brum & Schermann, 2004), entre as quais o tato, sendo o primeiro sentido a desenvolver-se e durante vários meses, é o sistema mais maduro, a discriminação auditiva evolui rapidamente após o nascimento, sendo a visão o sistema menos desenvolvido .

No entanto, no início da sua adaptação à vida extrauterina procura concentrar a sua energia na autorregulação, o que por vezes pode comprometer a sua capacidade de dar resposta às tentativas de comunicação dos pais (Braga & Morsch, 2003).

A comunicação neste estadio tem uma grande componente não verbal, com a particularidade da neonatologia em que a prematuridade impede que estes sejam capazes de abstrair-se de estímulos repetidos (Brazelton, 2013), mas progressivamente apresenta um decréscimo desta hipersensibilização, dentro da sua capacidade (Braga & Morsch, 2003), o que toma uma grande importância respeitar os períodos de descanso.

Às necessidades de sono do RN, acrescentam-se as biológicas, ambientais e familiares, que neste contexto procura-se dar resposta no âmbito das terapêuticas de Enfermagem, nomeadamente através do método canguru, que consiste na sua génese no contato pele a pele entre a mãe ou pai e o RN, que pode decorrer por um período de tempo indefinido, respeitando se está a ser um momento que propicie prazer a ambos, e o RN mantenha alguma estabilidade (Costa & Monticelli, 2005).

Este método tem sido utilizado nos contextos de cuidados neonatais de uma forma exponencial pelos benefícios que os estudos têm demonstrado, nomeadamente a redução da morbidade e duração de internamento dos RNs, desenvolvimento neuro-comportamental, melhoria da incidência da amamentação e duração da mesma, melhoria da vinculação, aumento dos sentimentos de competência parental vivenciados pelos pais e diminuição do choro (Azevedo, David, & Xavier, 2011; Costa & Monticelli, 2005).

Durante a experiência clinica no contexto da UCIN, nas diversas interações com os RN, procurei desenvolver competências de comunicação, através da observação do comportamento dos mesmos.

Um dos RN foi o JS, descrito na tabela 3, para o qual realizei um registo da interação. Este foi positivo na medida em que, numa primeira fase, fui capaz de realizar a observação do RN, compreender as necessidades do mesmo.

Tabela 3 - Descrição da situação do Caso JS ♂

Nos cuidados ao RN, umas das terapêuticas de Enfermagem primordiais é a alimentação. Neste sentido ao realizar a observação do RN foi possível estudar o seu comportamento, na medida em que apresentava um reflexo de sucção vigoroso. Pela sua situação clinica, a alimentação foi providenciada por sonda orogástrica com seringa em declive, mas com o apoio da sucção não nutritiva através da "chucha" manteve a sucção e posteriormente realizou um período de sono sereno.

Posteriormente com esta reflexão, desenvolvi a minha capacidade de identificar que elementos do RN estava a considerar na sua comunicação (tónus, fácies, choro) e desta forma compreender a importância da comunicação com RN e não a desvalorização da mesma, pelo fato de não haver uma comunicação verbal de ambas as partes.

Outro contexto de estágio que me permitiu desenvolver as competências de comunicação com a criança e família, neste âmbito em situação de doença, foi o SUP. Em que a interação com a criança, jovem e família aquando recorrem aos cuidados de um SUP tem determinadas particularidades, pelo fato de que o primeiro contato com um profissional de saúde é na triagem com o Enfermeiro.

Deste modo, num espaço temporal de 3 minutos, com a supervisão da Sra. Enfermeira Especialista tinha de realizar uma observação da criança, em simultâneo estabelecer uma relação com a família e comunicar adequando ao estadio de desenvolvimento, mas incluindo a família, de forma obter informações relevantes para identificar a gravidade da situação de doença atual. Toda esta gestão procurei desenvolver sob uma filosofia de CCF, assim não obtendo apenas informação para a implementação do algoritmo de triagem, mas também informar e tranquilizar os pais e criança que se encontravam numa transição de doença, considerando o fator

desconhecido como inibidor da transição. O sucesso desta interação esteve correlacionado com o respeito pela criança e família, um dos fundamentos dos CCF.

Esta experiência na participação do processo de triagem permitiu-me desenvolver competências na área da comunicação na medida em interagi com diversas crianças e famílias, e encontrei estratégias funcionais para o sucesso da mesma, considerando não só o estadio de desenvolvimento da criança, bem como as diversas culturas presentes, derivadas da afluência de famílias com origem em Países como Brasil, Angola, Moçambique, Ucrânia, Lituânia, entre outros.

Estas experiências promoveram o desenvolvimento de competências no cuidar culturalmente competente, que segundo Leininger (2002; cit. por Potter & Perry, 2004, p. 108) permite ao Enfermeiro um "cuidado culturalmente congruente, ou o cuidado que se encaixa nos padrões de vida, valores e conjunto de significados da pessoa".

No SUP foi me dada a oportunidade de participar num estudo que estava a decorrer com o objetivo de conhecer a prevalência do consumo de tabaco nos adolescentes que recorrem ao SUP.

Neste sentido, após formação com o autor, implementei questionários construídos com base nas recomendações da OMS e da escala de *Fagerström*. A aplicação dos mesmos foi realizada a uma amostra aleatória composta por 217 adolescentes dos 12 aos 17 anos durante aproximadamente 5 semanas, de 12 de outubro a 23 novembro de 2016.

Para a implementação dos mesmos requeria um consentimento por escrito dos pais e jovem, sempre realçando que era um inquérito anónimo e que a recusa de participação não teria qualquer influência nos cuidados de saúde do jovem.

A realização dos questionários era em privado sem a presença dos pais, as perguntas incluíam os seus hábitos diários, o consumo ou não de tabaco e qual a posição sobre este consumo. Na situação de o jovem ter hábitos tabágicos, era aplicada a escala de *Fagerström*.

Os resultados do presente estudo apresentaram alguns fatores que o autor indica haver correlação com o maior consumo: Ser homem, Ter reprovado na escola, Ter baixa perceção do perigo do tabaco, Ser filho de pais fumadores (Macedo, 2017). O conhecimento destes fatores torna-se um fator importante na intervenção de

enfermagem junto da família na promoção de estilos de vida saudável e no impacto que todos os membros do seio familiar têm sobre os outros.

Nesta experiência para a colheita de informação, procurei conversar com os jovens de forma a que se sentissem confortáveis e dispostos a partilhar comigo a sua experiência relacionada com os hábitos tabágicos. Foi uma experiência muito positiva, na medida em que me permitiu comunicar com estes jovens sem a existência de um foco no seu processo de doença, mas sobre as suas atividades do dia-a-dia, tornando a vinda a um SUP numa experiência menos assustadora e sobrecarregada de significados negativos em algo mais positivo e em que tiveram um papel ativo.

A participação neste projeto, bem como a criação do meu próprio programa, permitiu-me desenvolver competências, nomeadamente:

B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Uma vez que, iniciei e participei "em projetos institucionais na área da qualidade" (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p. 6).

No contexto de estágio de internamento, procurei também desenvolver esta competências de comunicação, na medida em que neste contexto a relação que é estabelecida com a criança e família, existe a oportunidade de a desenvolver e aprofundar, no entanto existem momentos em que a mesma é testada de forma dar continuidade aos cuidados.

Um dos exemplos vividos em estágio foi com uma menina chamada MD de 6 anos, ela encontrava-se internada no serviço de internamento de pediatria médica por uma infeção respiratória e foi prescrita a alteração de oxigenoterapia por máscara para óculos nasais. No entanto, ela não aceitou este cuidado muito bem, interrompendo totalmente a comunicação comigo. No momento senti esta interação com alguma dificuldade, pois esta criança via as minhas ações com culpabilização e quebra de confiança.

Com o recurso do brincar consegui que a MD ultrapassasse esta transição, apenas sendo possível devido à preparação e conhecimento que tínhamos vindo a desenvolver ao longo do seu internamento, de forma a que se sentisse incluída no

seu processo de doença, bem como do desenvolvimento da confiança que foi sendo construído.

Explicitando na prática, uma das brincadeiras que habitualmente utilizava com a MD eram os puzzles, eram do seu agrado e permitiam-lhe brincar sem exacerbar a sua dispneia. Desta forma resolvi utilizar este meio como tentativa de resolução do presente problema, assim eu fingia que não sabia fazer o puzzle, a MD ao inicio olhou só para mim desconfiada, mas a determinado momento só disse "Diana és mesmo tótó" e começou a brincar comigo novamente.

O sucesso desta intervenção teve por base não apenas a comunicação verbal, mas também não verbal, na medida em que foram implementadas estratégias que tinham em apreciação o conhecimento que tinha daquela criança.

Esta interação não teve apenas em consideração a comunicação coma criança, inclui-se também a análise da minha gestão dos sentimentos e emoções, pois no momento em que percebi que a MD ficou de alguma forma magoada, revoltada comigo, foi algo sentido com dificuldade. Não questionava qual o meu papel naquela interação e o meu dever para com a criança e o seu bem-estar, mas, no entanto, a relação de confiança que tínhamos até aquele momento estabelecido senti como se fosse algo frágil. Esta gestão das emoções é parte integrante do cuidar na medida em que é "aprender a ter em conta os dois "parceiros" dos cuidados: o que trata e o que é tratado" (Collière, 1999, p.155).

A estratégia de resolução do conflito resultou de uma forma muito positiva, era muitas vezes o nosso veículo de comunicação do puzzle. No entanto identifico como mais negativo a necessidade de desenvolver mais estratégias para resolução de problemas como a recusa de cuidados da parte das crianças.

E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estádio de desenvolvimento e à cultura.

Durante todo o período de estágio procurei desenvolver competências a nível da comunicação, que considero ter evoluído na medida em que fui conseguindo comunicar de forma eficiente com a criança/jovem e família, estabelecendo uma relação de confiança nos diversos contextos e situações.

2.1.5 Cuidados de Enfermagem ao RN em situação complexa de saúde

"Ser mãe de prematuro é ser pega pela surpresa e o despreparo. É não segurar o filho nos braços quando nasce. É olhar pela incubadora. É sentir sua cria pela ponta dos dedos esterilizados em álcool gel. (…) É ser viciada no monitor (…)" (Finotti, 2016, p. 1)

A evolução nos cuidados prestados ao RN pré-termo, observada nas últimas décadas, encontra-se também associada a um risco aumentado de perturbação de crescimento, com repercussões a nível neuromotor, neurossensitivas e do desenvolvimento psicomotor (Rocha et al., 2002).

Estas crianças, ao serem retiradas de forma precoce do útero, são colocadas num ambiente com os instrumentos necessários para a sua sobrevivência, no entanto repleto de excessivos estímulos que tornam-se um risco para o seu desenvolvimento (Oliveira et al., 2008). Este acontecimento representa uma interrupção do percurso do RN, em que, na oposição da transição do ambiente do útero para o colo dos pais, passa ao ambiente da UCIN onde vivência uma separação dos pais, excesso de estímulos e procedimentos dolorosos (A. Santos, 2011)

Deste modo, torna-se fundamental reconhecer a importância do trabalho desenvolvido pelos profissionais das UCIN's, que asseguram a sobrevivência dos RN prematuros e que lhes procuram proporcionar uma qualidade de vida apropriada (A. Santos, 2011), bem como à sua família.

Na abordagem dos cuidados ao RN prematuro é necessário compreender que este é um ser complexo, recetivo e reativo à estimulação social e sensorial que proporcionamos e que procura simultaneamente regular o seu próprio limiar de reação e resposta.

A avaliação do RN permite-nos orientar os cuidados de forma a promover o seu desenvolvimento e avaliar as suas competências. Esta pode ser realizada segundo quatro linhas de orientação apresentadas na tabela 4.

Em cada etapa de desenvolvimento do RN os sistemas desenvolvem-se de forma independente, mas simultaneamente com interação entre si e com o ambiente. No entanto, é necessário adaptar esta observação ao RN prematuro, na medida em que no RN de termo todos os sistemas funcionam de forma harmoniosa, mas no RN

prematuro o sistema autónomo apresenta uma exigência de energia que não permite em muitas situações os outros sistemas desenvolverem-se (A. Santos, 2011).

Tabela 4 - Avaliação do Recém-nascido. *(Adaptado de* Santos, 2011)

SISTEMA AUTÓNOMO	SISTEMA MOTOR	SISTEMA DE ORGANIZAÇÃO DE ESTADOS	SISTEMA DE AUTORREGULAÇÃO E EQUILÍBRIO
Padrões respiratórios Flutuações da coloração Respostas viscerais tais como cuspir, tosse, flatulência, defeção entre outras	Tónus muscular Modelações da face e extremidades Flacidez ou hipertonicidade, Padrões de postura e movimento, dedos em leque, corpo em arco entre outros	Períodos de sono, o acordado, o despertar, os padrões de transição entre cada estado, assim como a sua duração	Levar as mãos à boca e sugar Enrolar-se sobre si mesmo Mudar de posição de dorsal para lateral, etc.

Altimier & Phillips (2016) propõem uma filosofia de cuidados nas UCIN's que incluam os CCF, cuidados neuro protetores, cuidados de suporte ao desenvolvimento que incluam a criação de um ambiente promotor de saúde e da gestão do stress e dor, na medida em que, simultaneamente, permita uma abordagem ao prematuro de forma tranquila que facilita o envolvimento da família nos cuidados.

Os cuidados protetores do neurodesenvolvimento são definidos como estratégias capazes de prevenir a morte das células nervosas (Altimier & Phillips, 2016).

A criação de um ambiente promotor de saúde dirige-se ao espaço físico presente na UCIN, nomeadamente o espaço, privacidade, toque, o cheiro, o ruido, temperatura. A gestão deste ambiente é um cuidado de Enfermagem na medida em que a evidência demonstra a influência do ambiente no desenvolvimento do cérebro fetal através dos sentidos (visual, auditivo, cutâneo, táctil, olfativo e gustativo).

A relevância do ambiente e da sua gestão advém desde Florence Nightingale, na medida em que acreditava que a promoção de um ambiente adequado era o fator diferenciador na recuperação dos doentes, sendo que considerava elementos com influência no ambiente favorável no processo de cura e de promoção de uma vida

saudável: ventilação, limpeza, iluminação, calor, ruídos, odores e a alimentação (Medeiros, Enders, & Lira, 2015).

A experiência de estágio permitiu-me avaliar e gerir estes fatores, na medida em que o espaço físico, sendo algo estanque, tem que procurar-se a gestão do mesmo de forma a dar respostas às necessidades das famílias. Uma estratégia de promoção é o método do canguru, em que articula um conjunto de estímulos sensoriais bem como a promoção da parentalidade. Numa situação específica, de uns bebés gémeos, procurou-se reorganizar a disposição da sala para que os pais pudessem estar lado a lado e partilhassem este momento.

Esta filosofia de cuidados inclui o posicionamento do RN, em que na UCIN posicionava o corpo do RN mais próximo possível do existente no útero, através da contenção em 360º. A implementação do método do posicionamento é essencial para o desenvolvimento musculosquelético, tendo influência no funcionamento fisiológico, regulação térmica, comportamento, sono, entre outros (Altimier & Phillips, 2016). Assim, compreende-se que o comportamento postural inadequado altera o desenvolvimento motor e a interação sensoriomotora, resultando num ciclo perceção-ação disfuncional podendo influenciar o desenvolvimento cognitivo e social (Oliveira et al., 2008).

A metodologia que tive oportunidade de implementar neste contexto de estágio consistia na utilização de “ninhos” com barreiras flexíveis, o que permitia observar o contraste de comportamento do bebé antes e após a colocação do ninho, em que apresentava um comportamento mais sereno e sono tranquilo.

A este instrumento implementava simultaneamente medidas de gestão do toque ao bebé, procurando organizar a prestação de cuidados do bebé de forma que se minimizasse o número de manipulações possíveis, nomeadamente no momento da alimentação eram prestados os cuidados de higiene necessários (troca da fralda), alternância de adesivos, alternância de decúbitos, avaliação de sinais vitais se necessários, entre outros. A articulação destes horários procura realizar em conjunto com os pais, de forma que se quisessem, tivessem oportunidade de estar presentes.

Esta gestão dos cuidados torna-se fundamental na medida em que a manipulação frequente do bebé prematuro pode causar uma disrupção do sono, o que

leva à diminuição do ganho de peso, da capacidade de regulação, e inevitavelmente tem efeito no desenvolvimento do cérebro (Altimier & Phillips, 2016).

A gestão de cuidados tão complexos como de um RN prematuro, como acima descrito, permitiu-me desenvolver diversas competências entre as quais:

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

O desenvolvimento da mesma foi concretizado pela promoção de "um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo" (Ordem dos Enfermeiros, 2010b)

2.1.6 Promoção da Parentalidade

"Every father bears a fundamental obligation to do right by their children." (Obama, 2012, p. 1)

A vinculação, tem início antes da conceção, vai acumulando as experiências durante a gravidez e fortalece com o contacto mãe-bebé durante o período neonatal, no entanto em determinadas situações em que o RN está fisiologicamente instável ao nascer é separado da mãe interrompendo este período de vinculação (Wheeler, 2014).

Esta separação física associada ao fator doença pode comprometer o envolvimento emocional dos pais nesta relação e o desenvolvimento do RN, na medida em que estas primeiras relações têm impacto sobre o mesmo e o progresso do apego, que por sua vez é o vínculo da criança com a mãe e é manifestado mais tarde, aproximadamente aos três meses (Brum & Schermann, 2004).

Desta forma, os Enfermeiros têm uma intervenção fundamental na promoção da parentalidade através do encorajamento e facilitação, para que os pais sejam envolvidos nos cuidados ao RN, preparar os pais para verem o RN pela primeira vez (aparência da criança, equipamentos, entre outros), explicar os cuidados que estão a ser prestados, possibilitar momentos a sós entre os pais e o seu filho, orientar os pais no relacionamento com o seu filho e na gestão de expectativas (Wheeler, 2014).

A literatura apresenta uma grande correlação entre as terapêuticas de Enfermagem, nomeadamente a comunicação com os pais e a redução de stress dos pais e a vinculação (Hopwood, 2010).

Hopwood (2010) identifica algumas estratégias a serem implementadas de imediato com o intuito da promoção do vínculo, nomeadamente o segurar, o tocar e a troca de olhares.

Brazelton (1988; cit. por Brum & Schermann, 2004) salienta que os pais de uma criança prematura vivenciam um processo de luto. Na medida em que sentem a perda o bebé que imaginaram/idealizara, bem como apresentam sentimentos de culpa de forma consciente ou não. O que compromete a criação e manutenção do vínculo com o RN e a saúde emocional do mesmo, na medida em que as necessidades da criança a nível psicológico, a conexão emocional entre os pais-RN e o comportamento de apego podem ficar comprometidos, o que resulta na incapacidade para estabelecimento de uma comunicação adequada entre a tríade (Rauh & Brennan,1992; Schaffer, 1996; Pickle, 2000; cit. por (Brum & Schermann, 2004).

Este processo inicia-se no período de gestação, em que os pais, de forma consciente ou não, têm uma serie de expetativas, esperanças, sonhos e mesmos fantasias associadas a esse novo ser que estão a gerar, considerando-o ser aquele que irá trazer a felicidade (Relvas, 2006).

Lebovici (1995) apresenta uma teoria que indica a existência de três bebés imaginários na mente dos pais, o primeiro, o bebé fantasiado que é influenciado pelos desejos infantis da mãe. O segundo, o bebé imaginário, que é construindo durante o período da gestação. E por último o bebé que irá estar nos braços da mãe.

Após o parto, quando existe um confronto do bebé imaginário com o bebé real, inicia-se um processo de luto do bebé idealizado, apenas após a resolução do mesmo os pais estarão preparados para acolher e aceitar o bebé real (Barros, 2001). Este momento é considerado uma condição dificultadora da transição para a parentalidade que o casal está a vivenciar, o que implica que estes necessitem de uma reorganização de forma a encontrarem um equilíbrio, a nível biológico, psicológico e social (Canavarro, 2001).

Este equilíbrio toma uma grande importância, na medida em que Brazelton e Cramer (1992) acrescentam que ao nascimento de um bebé com alterações, coexiste

um colapso da autoestima da mãe. Este acontecimento decorre da perceção da mãe do seu filho como o reflexo do seu fracasso maternal, o que pode comprometer o processo de vinculação

Um dos RN a quem prestei cuidados no contexto da UCIN foi o EN já estava internado há cerca de 130 dias quando o conheci e à sua família, provenientes de Angola, a mãe estava em Portugal com um filho de 7 anos e o pai em Angola com o filho mais velho de 17 anos. O RN EN encontrava-se numa situação clínica muito instável, derivada a um conjunto de complicações associadas à sua prematuridade e era visível o olhar preocupado da mãe.

Nos primeiros dias notei a forma como a mãe se aproximava do seu filho com um olhar triste, mas durante todo o período que estava com EN era focada na tentativa de dar conforto e carinho. Uns dias mais tarde ele teve que ser submetido a uma cirurgia e retomar a ventilação invasiva mecânica.

Quando voltei a interagir com a mãe após a cirurgia era notória uma regressão na sua relação com o RN, provocada pelo medo e ansiedade, a cada apito do monitor via-se o seu corpo estremecer, mas desta vez tinha o seu companheiro consigo, o que em contraposto tinha um efeito muito positivo. Ambos procuravam no outro conforto e apoio apenas pelo olhar quando algo os preocupava. Face a este comportamento, procurei explorar com eles o quanto já tinham aprendido com o seu filho na tentativa de sentirem-se mais confiantes a voltarem a prestar cuidados ao RN.

No decorrer da nossa conversa, os pais compreenderam e reconheceram o quanto já conhecem o seu filho, qual comportamento que demonstra quando tem fome, quais as estratégias que utilizam para que ele fique mais tranquilo, quando ele está cansado e que é muito atento às estimulações sonoras. Pela primeira vez vi aquela mãe sorrir, e depois mostrou-me que o comportamento que ele estava a ter naquele momento era de fome. Continuamos a conversar sobre os seus outros dois filhos, como estavam a gerir o internamento do novo irmão, e que esta experiência tinha motivado o irmão de 7 anos a querer um dia ser médico para salvar vidas e o quanto estava ansioso para o ter o EN em casa para lhe ensinar tudo.

Esta abordagem à família permite-nos ter uma compreensão e avaliação mais extensa daquele RN, na medida que consideramos a família como a perita sobre o seu filho. Deste modo a observação ao ser realizada em conjunto com os pais,

permite-nos não apenas ir explicando as respostas que observamos no RN bem como estamos a promover a vinculação (Brazelton, 2013) e condições facilitadores para a transição para a parentalidade.

Esta experiência procura demonstrar de que forma na minha prática procurei promover a vinculação bem como a gestão de condicionantes dificultadores da transição. Considero ser uma competência sempre a desenvolver e transversal a todo este relatório, mas esta vivência foi o momento que saliento.

E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais.

Cowan 1998 (cit. por Lourenço & Afonso, 2008) defende a parentalidade como um processo que é configurado por um projeto de vida a longo prazo (ou mesmo vitalício), no entanto é também alvo de transições provocadas por mudanças e adaptações. Uma transição bastante comum neste processo é a de saúde-doença, em que a criança pode apresentar uma situação de doença aguda que necessite de cuidados urgentes de saúde.

Neste sentido, é necessário compreender que esta experiência de hospitalização, nomeadamente num SUP, seja promotora de alguma instabilidade e desequilíbrio do sistema familiar. Esta transição pode apresentar como fatores inibidores os sentimentos e expetativas dos pais, que em muitas situações vivenciam ideias de incapacidade do seu papel parental (Subtil, Fonte, & Relvas, 1995).

O papel do Enfermeiro como facilitador da transição presente aquando recorrem ao SUP implica uma filosofia de CCF, na medida em que deve saber ouvir os pais, de forma a esclarecer as dúvidas dos mesmos, sendo capaz de o repetir diversas vezes sem a presença de juízos de valor. Um estudo realizado na adaptação familiar à doença oncológica na criança, demonstra a confiança que os pais sentem relativamente aos profissionais de saúde(C. Santos & Figueiredo, 2013). No entanto, é realçada a importância da comunicação entre estes e a família, sempre considerando a família específica que estamos cuidar (C. Santos & Figueiredo, 2013). Na medida em que a constante partilha de informação aos pais e a sua consistência, demonstra não apenas respeito pelos mesmos, bem como facilita a gestão dos medos

e aumento da confiança sentida pelos pais dirigida à equipa de profissionais de saúde (Jorge, 2004, p. 89).

Durante a minha experiência de estágio na SUP prestei cuidados a um RN de 2 dias, os pais tinham recorrido ao serviço por dificuldade na amamentação. A mãe e a RN tinham tido alta essa manhã do serviço de obstetrícia e segundo os pais, desde que tinham chegado a casa não tinham conseguido que ela mamasse, estando num total de 4 horas sem alimentação. Quando conheci esta família já tinha sido realizada uma avaliação de glicémia capilar, com um valor de 70 mg/dl, adequado à RN, tendo assim a equipa médica proposto aos pais que num local mais tranquilo dessem de mamar e com o apoio da equipa de Enfermagem, nomeadamente eu, fosse possível compreender qual a dificuldade.

Na primeira abordagem, após conversarmos e perceber que queriam efetivamente dar de mamar, facilitei o espaço e pedi aos pais que fizessem como estivessem em casa de forma a que percebêssemos quais as dificuldades, a mãe assim que aproximou a RN ao peito disse de imediato "não, não está a mamar" e em simultâneo a RN chora. Naquele momento para mim foi claro, que mais do que uma dificuldade, existia muita ansiedade e insegurança relacionada sobre os cuidados ao RN e a amamentação.

Deste modo procurei numa primeira instância conversar com os pais, o discurso e a comunicação não verbal que observei mostrou toda a expetativa e medos relacionados com os cuidados. Esta família estava a vivenciar transição de desenvolvimento da criança e a sua no sentido do ciclo familiar iniciar a parentalidade.

Neste sentido, toma uma grande importância para o sucesso das terapêuticas de enfermagem, compreender as condições facilitadoras ou inibidoras desta transição, como os significados e os conhecimentos existentes dos pais, nomeadamente uma frase que disseram "*eu pensava que era só por o bebé junto à mama e já estava*". Assim conversamos de forma a desmistificar algumas ideias e para que compreendessem a filosofia da amamentação, que mais do que um meio de fornecer a alimentação à sua filha é um momento que deve ser vivido com tranquilidade, num ambiente sossegado de forma a que a mãe e RN possam desenvolver uma relação intima e de aprendizagens mutuas.

A intervenção do Enfermeiro na amamentação é de extrema importância, na medida em que estando inserida num processo de transição para a parentalidade pudemos considerá-lo como um evento crítico, assim as terapêuticas de enfermagem devem ser dirigidas para a promoção da aquisição de competências, aliadas às emocionais, com o intuito final de a mãe atingir a mestria (Canaval et al., 2007; Meleis et al., 2000).

Nesta interação, após conversarmos realizamos uma segunda tentativa, novamente era visível quase um afastamento corporal da mãe e a sua comunicação de como não era capaz, em resposta a RN chorava, mas facilmente consolável. Voltei a reforçar que o choro é a forma de comunicação da criança, mas que esta também é sensível aos estímulos que a rodeiam e responde aos nossos comportamentos, deste modo se demonstrarmos ansiedade ela irá sentir.

Em alternativa, propus à mãe experimentar outra posição, do que a tradicional sentada, e pedi que se deitasse em posição dorsal e coloquei a RN em ventral sob o seu peito, e em poucos segundos a RN pegou na mama e com uma sucção vigorosa realizou a amamentação.

No início procurei realizar a observação do RN em conjunto com os pais de forma a conhecerem os comportamentos, na medida em que Brazelton (2013) defende que tal aumenta a sensibilidade dos pais às respostas comportamentais dos RN e que promove o envolvimento dos mesmos no primeiro ano de vida do seu filho.

No final da amamentação, conversámos sobre outros cuidados relacionados com a amamentação, o reconhecimento se esta está a mamar ou não. E mais uma vez foi notória como a insegurança influencia os conhecimentos que os pais possam ter, a mãe disse "*Eu não consigo perceber quando ela já não está a mamar, só noto passado algo tempo quando os intervalos entre as sucções são maiores, ela já só está a brincar.*"

Assim procurei que os pais reconhecessem que o que acabaram de mencionar já demonstra conhecimento sobre a sua filha, mesmo tendo ela apenas dois dias. Conversamos sobre as dinâmicas entre a tríade, uma vez que o pai reconhecia que a ansiedade da mãe estava a ter influência e estabelecemos algumas estratégias que permitissem ao pai ajudar a mãe a gerir os seus receios e muito importante as

expetativas, reforçando que amamentação não é um processo imediato, mas sim algo construído pela mãe e RN.

No entanto, esta experiência demonstrou-me a importância da interação que estabelecemos com os pais no sentido da promoção da parentalidade que seja algo não direcionado apenas na facilitação da aquisição de conhecimentos e competências físicas mas a inclusão da componente emocional, uma vez que, como estes pais me mostraram, o conhecimento deve estar em aliança ao sentimento de confiança, o que vai ao encontro do resultado de um estudo realizado em que Svensson, Barclay e Cooke (2009) defendem que o conhecimento, competências e as experiências estão relacionados com a confiança, a qual está correlacionada com a autoeficácia.

2.1.7 Processo de tomada de decisão

A experiência no SUP foi orientada por um elemento com funções de chefia na sua equipa, o que me permitiu observar a importância do papel que o Enfermeiro Especialista representa na equipa de Enfermagem, na medida em que supervisiona os cuidados de Enfermagem considerando as facilidades e dificuldades de cada elemento, bem como o desenvolvimento de competências e o seu estadio de aprendizagem profissional.

Esta vivência teve um grande significado para mim, uma vez que no meu entender, a Enfermagem é uma ciência e profissão em constante evolução na qual somos responsáveis pela constante atualização de conhecimentos e competências, mas também detemos o dever de orientar os colegas, pois este não encontra um término no momento do fim da integração oficial de um serviço.

O papel de chefe de equipa toma uma grande importância no SUP pela própria organização do serviço, sendo disposto por postos de trabalho, este enfermeiro cria a ligação entre todos os elementos da equipa de forma a acompanhar os cuidados prestados às crianças, identificar situações de risco e apresentar resolução dos problemas identificados pelos diferentes elementos da equipa multidisciplinar.

Em continuidade, o Enfermeiro tem o dever também de promover o conhecimento na equipa, desta forma com a colaboração da Sra. Enfermeira que orientou o Estágio no contexto de serviço de internamento, realizei uma sessão

intitulada “Transição na Parentalidade na Hospitalização da Criança” dirigidas aos Enfermeiros do serviço, que tinha como objetivos: identificar as transições vivenciadas pela criança e família na hospitalização da criança e conhecer os cuidados de Enfermagem promotores da parentalidade na hospitalização da criança. Em apêndice é apresentado a sessão (Apêndice VII) e o plano da mesma (Apêndice IX).

A sessão incluiu um momento de discussão sobre um caso clínico, o que permitiu aos colegas identificarem, dentro das estratégias propostas, quais já eram implementadas no seu serviço e as potencialidades do serviço e da equipa, dentro desta temática. Esta franca participação demonstrou a importância do tema e a relevância da metodologia.

No final da sessão foi entregue o Instrumento de Avaliação da Sessão (Apêndice X), que revelou uma avaliação dos profissionais com parâmetros entre o bom e muito bom nos parâmetros de avaliação da programação da ação, funcionamento da ação e qualidade da ação.

Uma das necessidades do serviço era um instrumento que facultasse informações sobre centros de apoio à criança com doença crónica / rara de modo a disponibilizarem às famílias acessibilidade a recursos da comunidade (Apêndice VIII). No momento de entrega deste instrumento foi também apresentado algum do trabalho das Raríssimas, na medida em que as colegas desconheciam o mesmo, nomeadamente o cartão de identificação da doença rara. A pertinência adveio do fato de existem várias crianças internadas com diagnósticos passíveis de atribuição do cartão, realçando-se assim a autonomia que promovemos na família facilitando que esta não se sinta tão condicionada a um único local que conheça as singularidades da sua criança.

Esta atividade bem como os cuidados que prestei permitiram-me desenvolver competências nos cuidados à criança com doença rara bem como intervir de forma a possibilitar o melhor cuidado possível.

E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.

2.1.8 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O desenvolvimento da criança é um processo dinâmico, uma vez que a criança é transformada desde a sua reação às sensações, e da dependência dos pais, até ao momento em que dá sentido à informação e responde de forma planeada, organizada e independente (Sheridan, 2008).

As respostas que os pais dão à criança e que permitem que esta se desenvolva, têm por base as necessidades da mesma. Sendo uma necessidade definida por "uma exigência ou uma falha", presente em todos os seres humanos, e que é fundamental para a manutenção da vida e saúde dos mesmos (Bolander, 1998).

Os pais têm um papel primordial na satisfação destas necessidades, no entanto é necessário ter em consideração a complexidade deste processo, uma vez que a relação necessidades/fatores de satisfação não é linear. Um determinado fator de satisfação pode dar resposta a uma panóplia de necessidades, mas uma necessidade da criança pode exigir vários fatores de satisfação. Esta interação não é estanque, pois as repostas às necessidades da criança vão sofrendo alterações de forma a acompanhar o processo evolutivo da mesma (Teufel, Fernández, & Banacloig, 2010).

A satisfação das necessidades das crianças deve ser balanceada, pois tanto a carência como o excesso têm repercussões: um défice na alimentação, no afeto, entre outros, podem ter uma influência negativa no desenvolvimento da criança, assim como o excesso da satisfação de determinadas necessidades (Teufel et al., 2010).

Desta forma, podem definir-se os maus-tratos perpetuados contra crianças e jovens como:

> "qualquer ação ou omissão não acidental perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem (ex: instituições aos quais os cuidados das crianças ou jovens tenham sido entregues) que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima". (APAV, 2011, p. p.11)

A minha experiência de estágio nos diversos contextos, ficou marcada pela vivência de diversas situações de maus-tratos, com as quais tive alguma dificuldade na gestão dos sentimentos e emoções.

O processo de reflexão permitiu-me compreender que a ausência de conhecimento tornava esta experiência ainda mais difícil, deste modo face a uma oportunidade no contexto, participei numa formação multidisciplinar sobre os maus-

tratos à criança e jovem. Nesta formação foram incluídas as temáticas de forma resumida: identificação de sinais e sintomas de maus-tratos, intervenção dos profissionais e enquadramento legal.

Este processo de reflexão e autoconhecimento, permitindo identificar as minhas próprias limitações durante o processo de aprendizagem, promoveu em simultâneo o desenvolvimento de outras competências:

D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Este processo foi sendo contruindo, essencialmente através de duas unidades de competências: "detém elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro" e "Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional" (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p. 9).

Um exemplo, de um caso vivenciado e estudado foi o caso do bebé IS apresentado de forma sintética na tabela 5.

Tabela 5 - Descrição do Caso IS ♂

O IS foi trazido ao Serviço de Urgência Pediátrico acompanhado pela polícia. Segundo as notas dos mesmos, os vizinhos chamaram a polícia por ruídos e gritos vindos da casa da criança, a polícia teve necessidade de arrombar a porta ao que, segundo os mesmos, observou a mãe a abanar o IS e a gritar "saí satanás". Aparentemente o apartamento apresentava móveis partidos, comida com bolor e estavam presentes outras 3 crianças, em que todas se encontravam com as suas indumentárias sujas e com vestígios de fezes e urina.

A primeira dificuldade que senti ao ser confrontada com este caso foi não ser submergida pelo conjunto de tentadores pensamentos que me rodeavam recheados de estereótipos e juízos de valor. Assim, procurei pensar sobre a situação e colocar mesmo a questão para os restantes profissionais: "*o que é que terá acontecido a esta mãe?*" Nesse momento o discurso da equipa mudou, questionámo-nos quais seriam as dificuldades da família, a possibilidade de uma patologia na mãe, entre outros. A forma como a equipa passou referir-se àquela mãe mudou.

O bebé vivenciava um conjunto de transições em simultâneo, saúde doença, bem como de desenvolvimento e situacional. Naquele momento, o cuidar daquele

bebé era da responsabilidade dos Enfermeiros, o que Collière explica como "(…) um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente, tem a necessidade de ajuda a assumir as suas necessidades vitais" (1999, p. 235).

Foi-me possível acompanhar o desenrolar desta situação, o bebé ficou aos cuidados de uma tia que iria posteriormente cuidar também dos restantes sobrinhos. Assistir à crise que esta família vivia em que teve a necessidade de reorganizar-se de uma forma total, incluindo a mudança do poder paternal para o outro elemento, foi difícil. A tia estava muito triste com tudo o que tinha acontecido e agora não só teria de aprender a cuidar destas crianças bem como a preocupação da sua irmã doente.

Esta experiência permitiu-me desenvolver a seguinte competência:

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

Na medida em que procurei demonstrar uma "tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada", um suporte da minha "decisão em princípios, valores e normas deontológicas" e liderança "de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade" (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p. 4).

Este exemplo, foi um caso extremo de maus-tratos em que não existia dúvida, apesar de não existir culpabilidade pelo fato de a mãe apresentar uma doença mental.

No entanto, senti alguma dificuldade e frustração ao longo da minha experiência de estágio, no estabelecimento de limites entre os comportamentos e estilos de vida da família e a negligência parental.

Os maus-tratos passivos, ou a negligência, englobam, três comportamentos, a negligência psicológica e emocional que consiste na omissão, persistente, dos pais na demonstração de interesse, afeto e amor pela criança/jovem. Por sua vez, a negligência física, resulta da inabilidade dos pais em dar resposta às necessidades de carácter físico-biológico e cognitivas. Os autores referem uma última, a *Failure to thrive*, que dentro da negligência física especifica a "incapacidade de a criança ou

jovem atingir os ganhos de estatura e peso expectáveis para a sua faixa etária" (APAV, 2011, p. 18).

A negligência, das diversas categorias de maus-tratos, é a mais difícil de avaliar uma vez que, habitualmente é a ausência de um cuidado ao contrário da presença de um comportamento, como se observa nos abusos sexuais e físicos (Prevost, 2011).

Assim, no contexto de cuidados de saúde primários, quando se observa uma criança de 5 anos com obesidade, ou uma criança de 6 anos constantemente com caries dentárias, é negligência ou estilo parental?

O enfermeiro ao exercer a profissão assume uma responsabilidade perante a sociedade, (alínea a) do nº 3 do artigo 99ª da Ordem dos Enfermeiros, 2015 (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei nº 156/2015, de 16 de setembro), deste modo, compreende-se que a comunidade apresente um conjunto de expectativas relativamente à qualidade do seu desempenho técnico e moral (Veiga, 2006).

De forma a corresponder às necessidades da população, o Enfermeiro tem o dever de "respeitar a integridade bio-psico-social, cultural e espiritual da pessoa" (alínea b) do artigo 82º da Ordem dos Enfermeiros, 2015). Uma vez que aquando da ocorrência de maus-tratos, esta integridade fica comprometida, o enfermeiro tem um papel importante na prevenção e identificação destas situações de risco. Não só faz parte das suas competências, bem como é um dever do mesmo "salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso" (alínea b) do artigo 81º da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No entanto, a dúvida persiste, este limiar, são maus-tratos? O Enfermeiro na sua prática promove comportamentos saudáveis, educa a família. E quando persiste, por exemplo, na ausência da supervisão da higiene oral? (Salvaguardando o caso de haver outro fator facilitador da existência de caries). Hockenberry e Creamer, (2014) salientam que a identificação da existência de negligência é algo difícil, pois pode ser confundida com capacidades parentais pouco desenvolvidas e défices de conhecimentos.

Neste sentido no guia prático elaborado pela direção geral de saúde realça-se, entre outros, como fatores protetores da criança o bom desenvolvimento global, a

vinculação segura à família e capacidade resolução de problemas e de pedir ajuda, aliando-se às boas competências parentais (Leça et al., 2011).

2.2 Programa de reflecção sobre a parentalidade dirigido a adolescentes

O programa criado foi intitulado “O Futuro Começa Hoje” e foi planeado e criado com base na fundamentação teórica do presente relatório, bem como englobado a legislação do Ministério da Educação.

A pesquisa realizada demonstrou a realização de programas para adolescentes em vários países, com diferentes metodologias, nomeadamente a simulação de um bebé com o recurso a um boneco. Um estudo realizado no Estados Unidos na América demonstra uma influência positiva nos adolescentes, com alteração de conhecimentos e expetativas (Anda, 2006). Outra metodologia estudada refere-se ao recurso de mensagem de texto como instrumento para esclarecimento de dúvidas, que apresentou como resultados uma diminuição de ansiedade, aumento da autoestima e confiança, aumento dos conhecimentos e da exigência da parentalidade com influência no seu plano de vida (Giorgio, Leslie, Deborah, & Arons, 2013).

Considerando este corpo de conhecimentos, comtemplando uma metodologia ativa, foram selecionadas duas grandes temáticas: o relacionamento entre o casal e os estilos parentais.

O delinear do programa obedeceu a quatro objetivos:

1. Promover o autoconhecimento;
2. Compreender os estilos parentais vividos e perspetivados, com o sentido da compreensão de que, se os seus modelos parentais não foram positivos, é possível alterar comportamentos (Hart, 1995);
3. Promover a assertividade e comunicação mais eficazes, de forma a que compreendam que esta influência o desenvolvimento sócio emocional da criança (Gordon, 1970);
4. Promover o relacionamento saudável entre os casais jovens.

A fase de concretização decorreu em duas sessões para jovens entre os 15-19 anos, sendo que em cada sessão foram realizadas 4 atividades que expressam os objetivos supracitados.

A metodologia selecionada para avaliação do programa foi a criação de uma imagem representativa de uma mala de viagem onde os alunos colocaram *post its* com frases ilustrativas: do que aprenderam, o que gostaram, o que significou este programa.

As respostas apresentadas de forma resumida revelam avaliações positivas destacando a metodologia, a temática e o impacto que teve no grupo.

No apêndice XII é possível consultar o programa na integra, bem como a análise e avaliação da sua implementação.

A construção deste programa, acrescido ao fato da concretização de um desejo, foi um fator promotor no desenvolvimento das minhas competências.

3. CONCLUSÃO

O Enfermeiro Especialista tem um papel fundamental no acompanhamento das famílias durante o processo de transição para a parentalidade e no desenvolvimento das competências parentais. As suas terapêuticas de enfermagem têm uma grande potencialidade pela posição privilegiada que a Enfermagem ocupa nos serviços de saúde, na medida em que detêm a capacidade de identificar as necessidades e preocupações das famílias, prevenir potenciais situações de risco bem como promover a saúde das famílias (Soares, 2011).

A exigência desta intervenção advém da complexidade associada ao processo de transição para a parentalidade, na medida em que exige desenvolvimento de competências cognitivas, bem como a aquisição de novas habilidades para o assumir do novo papel que irão desempenhar na família. (Vieira, Martins, Macedo, & Guerra, 2008). Este é um processo de aprendizagem não só sobre o RN mas como deles próprios, em que desenvolvem a sua identidade parental, através de um processo de transformação individual, conjugal e social, o que lhes permite desenvolver as competências necessárias para gerir as transições seguintes, motivadas pelas mudanças e exigências desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença que ocorrem na vida da criança (Meleis et al., 2000).

O desenvolvimento deste corpo de conhecimentos ao longo do presente percurso, permitiu a criação e implementação do programa de reflexão sobre parentalidade aos adolescentes, o qual teve um impacto muito positivo nos jovens bem como no meu desenvolvimento, permitindo não apenas atingir os meus objetivos bem como os ultrapassar, pelas estratégias e ferramentas que necessitei de desenvolver para a concretização do mesmo.

Este percurso formativo foi delineado através de uma prática reflexiva e de acordo com a metodologia do projeto.

A promoção da prática reflexiva, fundamentada num corpo de conhecimentos científicos que foi sendo construído, permitiu-me obter inúmeras oportunidades de aprendizagem, que foram analisadas de forma a desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista bem como os domínios de competências Especificas do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, possibilitando a aquisição e desenvolvimento de múltiplas competências.

Por sua vez, a metodologia de projeto foi selecionada na medida em que permitia a realização de uma ponte entre a teoria e a prática, bem como a origem na procura de resolução de um problema e a partir daqui, o desenvolvimento de capacidades e competências (Ruivo, Nunes, & Ferrito, 2010).

O desenvolvimento deste projeto atingiu os objetivos para o mesmo proposto, permitindo assim o desenvolvimento das competências, o que leva à transição, ainda que sem fim, de noviça a perita. O mesmo obteve a sua motivação na vontade e desejo de provocar mudança e promoção na qualidade dos cuidados de Enfermagem na área especifica da Saúde Infantil e Pediatria. Para o futuro ambiciono a continuação do programa que elaborei, com intuito, numa primeira fase, a complementação das temáticas já abordadas e implementação em outros estudantes de forma a, posteriormente, expandir a outras escolas.

Este percurso não me permitiu apenas o desenvolvimento de competências nos contextos de estágio, bem como na minha vida profissional, na medida em que presto cuidados a Adultos, consegui ainda assim evoluir na minha prática profissional e demonstrar à minha equipa a intervenção e importância do EESIP, sensibilizando para os CCF.

No entanto, pretendo com o terminar desta etapa puder obter transferência para um serviço na área de cuidados da saúde infantil e pediatria, onde poderei após o processo de integração, desenvolver conhecimento bem como mobilizar as competências que desenvolvi no âmbito analítico bem como da investigação, como Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria.

A nível pessoal, este desenvolvimento académico permitiu-me não apenas a concretização de alguns sonhos e ambições, bem como o desenvolvimento de algumas competências pessoais a nível socio-emocional, na medida em que desenvolvi mais autoconfiança, assertividade e motivação nas diferentes esferas da minha vida, o que facilitou o processo de gestão das emoções ao longo desta caminhada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abreu, W. (2011). *Transições e contextos multiculturais : contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais* (2ª ed. rev). Coimbra: Formasau.

Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, *16*, 230–244. http://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002

American Academy of Pediatrics. (2003). Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*, *112*(3), 691–696. http://doi.org/10.1542/peds.112.3.691

Anda, D. de. (2006). Baby Think It Over: evaluation of an infant simulation intervention for adolescent pregnancy prevention. *Health & Social Work*, *31*(1), 26–35. http://doi.org/10.1093/hsw/31.1.26

APAV. (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

Azevedo, V., David, R., & Xavier, C. (2011). Cuidado mãe canguru em recém-nascidos pré-termo sob suporte ventilatório: avaliação dos estados comportamentais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, *11*(2), 133–138. http://doi.org/10.1590/S1519-38292011000200004

Barros, L. (2001). O bebé nascido em situação de risco. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 235–254). Coimbra: Quarteto.

Barros, L. (2010). Família , Saúde E Doença : a Intervenção Dirigida Aos Pais. *Instituto Politécnico de Lisboa*. http://doi.org/1645-7943

Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel.

Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, *38*(4), 144–151. Retrieved from http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4676

Benzies, K., Magill-Evans, J., Harrison, M. J., MacPhail, S., & Kimak, C. (2008). Strengthening new fathers' skills in interaction with their 5-month-old infants: Who benefits from a brief intervention? *Public Health Nursing*, *25*(5), 431–439. http://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00727.x

Bolander, V. (1998). *Sorensen e Luckmann. Enfermagem fundamental: abordagem*

psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta.

Braga, N. de A., & Morsch, D. S. (2003). Os primeiros dias na UTI. In M. E. Moreira, N. de A. Braga, & D. S. Morsch (Eds.), *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal* (p. 189). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Branco, A. (2004). *Competência Emocional* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Brazelton, T. B. (2013). *O grande livro da criança* (13ª ed.). Barcarena: Editorial Presença.

Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.

Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2009). *A criança e o choro* (4ª ed.). Barcarena: Editorial Presença.

Brum, E., & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil : abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, *9*(2), 457–467.

Canário, R. (1999). *Educação de Adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Ed. Educa.

Canaval, G., Deisy-Jaramillo, C., Haydee-Rosero, D., & Germán-Valencia, M. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el postparto. *Aquichan*, *7*(1), 8–24. Retrieved from http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2361985%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2361985&orden=133216&info=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2361985&orden=0

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (p. (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.

Coleman, P. K., & Karraker, K. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, *18*, 47–85. http://doi.org/10.1006/drev.1997.0448

Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Costa, R., & Monticelli, M. (2005). Método Mãe-Canguro. *Acta Paulista de Enfermagem*, *18*(4), 427–433. Retrieved from

http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=106443500&site=ehost-live

Council of Europe. (2006). Recommendation rec (2006)19 of the committee of ministers to member states on policy to support positive parenting. Retrieved September 20, 2016, from https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d6dda

Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.

Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, *113*(3), 478–496.

DGS. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimento invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos), Direção-Geral da Saúde 1–11 (2012). Lisboa, Portugal.

DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Direção Geral de Saúde*, 1–107.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestao dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *13*, 43–51. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a06.pdf

Donaldson, S., & Crowley, D. (1986). The discipline of nursing. In L. H. Nicoll (Ed.), *Perspectives on nursing theory* (6ª ed, pp. 241–251). Boston: Little, Brown and Company.

Ferreira, P. (2013). *Doença Crónica Na Criança: Importância Do Núcleo Familiar*. *O Portal dos Psicologos*. Universidade Católica de Lisboa.

Finotti, D. (2016). Carta de uma mãe de prematuro. Retrieved January 10, 2017, from https://www.mamaedemuitos.com/single-post/2016/03/20/CARTA-DE-UMA-MÃE-DE-PREMATURO

Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, (Edição especial), 183–196.

Giorgio, M., Leslie, K., Deborah, L., & Arons, W. (2013). Using Chat and Text Technologies to Answer Sexual and Reproductive Health Questions: Planned Parenthood Pilot Study. *Journal Of Medical Internet Research*, *15*(9), 1438–8871.

Goleman, D. (2006). *Inteligência emocional*. Lisboa: Sábado.

Gordon, T. (1970). *Parent Effectiveness Training. The tested new way to raise responsible children*. New York: Three River Press.

Halford, W. K., & Petch, J. (2010). Couple psychoeducation for new parents: Observed and potential effects on parenting. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *13*, 164–180. http://doi.org/10.1007/s10567-010-0066-z

Hart, L. (1995). *The winning family: increasing self-esteem in your children and yourself*. Oakland: Celestial Arts.

Hedén, L., Von Essen, L., & Ljungman, G. (2009). Randomized interventions for needle procedures in children with cancer. *European Journal of Cancer Care*, *18*(4), 358–363. http://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.00939.x

Hockenberry, M. J. (2014a). A influência da Família no Promoção da Saúde da Criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed, pp. 49–71). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. J. (2014b). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 122–187). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1–20). Loures: Lusodidacta.

Hockenberry, M. J., & Creamer, L. (2014). Problemas de Saúde na Idade Toddler e Pré-Escolar. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed, p. 1903). Loures: Lusociência.

Hoghughi, M., & Long, N. (2004). *Handbook of Parenting: Theory and Research for Practice*. London: SAGE Publications.

Hopwood, R. (2010). The role of the neonatal nurse in promoting parental attachment in the NICU. *Infant*, *6*(2), 54–58. Retrieved from http://www.neonatal-nursing.co.uk/pdf/inf_032_npp.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/4C9E4F79-1754-458E-B9DB-B8BCC687FD38%5Cnpapers3://publication/uuid/A092558F-8AC2-4B53-AFD2-803D08C0453E

International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.) (2.0). Lisboa.

Jorge, A. M. (2004). *Familia e hospitalização da criança : (re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Kubler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer* (7ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Lebovici, S. (1995). Creativity and the Infant's Competence. *Infant Mental Health Journal*, *16*(1).

Leça, A., Perdigão, A., Laranjeira, A. R., Menezes, B., Velez, C., Veloso, C., … Prazeres, V. (2011). Maus tratos em crianças e jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. *Direção Geral Da Saúde*, 7–10.

Lopes, M., & Lourenço, O. (1998). Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações. *Análise Psicológica*, *4*(XVI), 655–665. Retrieved from http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82311998000400010&script=sci_arttext

Lourenço, S., & Afonso, H. (2008). Nascimento do primeiro filho e alterações familiares. *Nursing*, *20*(238), 22–28.

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Macedo, M. (2017). *Estudo da prevalência e aplicação da escala de Fagerström a adolescentes que recorrem ao SUP do HFF*. Amadora.

Marriner-Tomey, A., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª). Loures: Lusociência.

McElfresh, P., & Merck, T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 897–930). Loures: Lusociência.

Medeiros, A. B., Enders, B., & Lira, A. L. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, *19*(3), 518–524. http://doi.org/10.5935/1414-8145.20150069

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (5ª ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D., & Schumacher, K. (2000).

Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, *23*(1), 12–28. http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

Meleis, A. I., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, *42*(6), 255–259. http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0

Ministério da Saúde. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (1996). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legislação/REPE.pdf

Myers, C., Tsao, J., Glover, D., Kim, S., Turk, N., & Zeltzer, L. (2006). Sex, Gender, and Age: Contributions to Laboratory Pain Responding in Children and Adolescents. *Journal of Pain*, *7*(8), 556–564. http://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.01.454

Obama, B. (2012). Presidential Proclamation - Father's Day, 2012. Retrieved January 22, 2017, from https://obamawhitehouse.archives.gov/the-press-office/2012/06/15/presidential-proclamation-father-s-day-2012

Oliveira, A., Cunha, M., Ferreira, L., Figueiredo, H., Cadete, A., & Machado, M. do C. (2008). Cuidar para o Desenvolvimento - Intervenção no Recém-Nascido Pré-termo de Muito Baixo Peso. *Essfisionline*, *4*(2), 44–61.

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da criança e do jovem (2010). Portugal: Regulamento Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúda da criança e do jovem.

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, Ordem dos Enfermeiros 1–10 (2010). Portugal: Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. *Cadernos OE* (Cadernos O, Vol. 1). Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from

http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Page, G. (2004). Are There Long-Term Consequences of Pain in Newborn or Very Young Infants ? *The Journal of Perinatal Education*, *13*(3), 10–17. http://doi.org/10.1624/105812404X1725

Petronilho, F. (2009). Produção de indicadores de qualidade : a enfermagem que queremos evidenciar. *Revista Sinais Vitais*, *82*(Jan), 35–43.

Potter, P., & Perry, A. (2004). *Fundamentos de enfermagem* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Hoogan.

Prevost, S. (2011). Victims of Abuse. *Nursing Clinics of North America*, *46*(4), 398–399.

Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família : perspectiva sistémica* (4ª ed.). Porto: Afrontamento.

Rocha, G., Rocha, A., Teixeira, C., Martins, A., Silva, G., Breda, J., … Guimarães, H. (2002). Aspectos Clínicos da Prematuridade Extrema Parte II — Morbilidade e Mortalidade Pós-Neonatais. *Acta Pediatrica Portuguesa*, *33*, 243–249. Retrieved from http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/5188/3952&gws_rd=cr&ei=9K41WOehDIqAU8XSgogP

Ruivo, M. A., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, *15*, 1–38. http://doi.org/ISSN 1646-5067

Saewyc, E. (2014). Promoção da Saúde do Adolescente e da Família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., p. 1903). Loures: Lusociência.

Santos, A. (2011). NIDCAP ® : Uma filosogia de cuidados …. *NASCER E CRESCER Revista Do Hospital de Crianças Maria Pia*, *XX*(1), 26–31.

Santos, C., & Figueiredo, M. (2013). Experiências dos familiares no processo de adaptação à doença oncológica na criança. *Revista de Enfermagem Referência*, *III Série*(9), 55–65.

Sheridan, M. (2008). *From Birth to Five Years : Childrens developmental progress / Mary Sheridan's*. (A. Sharma & H. Cockerril, Eds.) (3ª). New York: Routledge.

Sim-Sim, I., Silva, A. C., & Nunes, C. (2008). *Linguagem e comunicação no jardim-de-infância*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação. Retrieved from http://sites.google.com/site/santosjaml/Linguagemecomunicao.pdf

Soares, H. (2011). A criança e os afetos. Retrieved November 3, 2016, from http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acores/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/ACRIANÇAEOSAFECTOS.aspx

Solmeyer, A., Feinberg, M., Coffman, D., & Jones, D. (2014). The Effects of the Family Foundations Prevention Program on Coparenting and Child Adjustment: A Mediation Analysis. *Prevention Science*, *15*, 213–223. http://doi.org/10.1007/s11121-013-0366-x

Subtil, C., Fonte, A., & Relvas, A. P. (1995). Impacto na família da doença grave/crónica em crianças: inventário de respostas à doença dos filhos. *Psiquiatria Clínica*, *16*(4), 241–250.

Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2009). Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery*, *25*(2), 114–125. http://doi.org/10.1016/j.midw.2006.12.012

Teufel, S., Fernández, M. J., & Banacloig, E. (2010). *Promoção e protecção dos direitos das crianças*. Valencia: Generalitat Valenciana.

Thomas, B., & Bhugra, D. (2014). Preparation for parenthood programme: experiences from southern India. *Int Rev Psychiatry*, *26*(4), 493–499. http://doi.org/10.3109/09540261.2014.924097

UNICEF. A Convenção sobre os Direitos da Criança (1990). Portugal: Adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.

Veiga, J. (2006). *Ética em Enfermagem. Análise, problematização e (re)construção* (1ª). Lisboa: Climepsi Editores.

Vieira, A. R., Martins, C., Macedo, L., & Guerra, M. J. (2008). Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade : uma revisão da literatura. *Servir*, *56*(3–4), 148–154.

Webster-stratton, C., Gaspar, M. F., & Seabra-santos, M. J. (2012). Incredible Years ® Parent , Teachers and Children ' s Series : Transportability to Portugal of Early Intervention Programs for Preventing Conduct Problems and Promoting Social

and Emotional Competence. *Psychosocial Intervention*, *21*(2), 157–169. http://doi.org/10.5093/in2012a15

Wheeler, B. J. (2014). Promoção da Saúde do Recém-nascido e da Família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., p. 1903). Loures: Lusociência.

WHO. (n.d.). Adolescent development. Retrieved June 21, 2016, from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa Conceptual

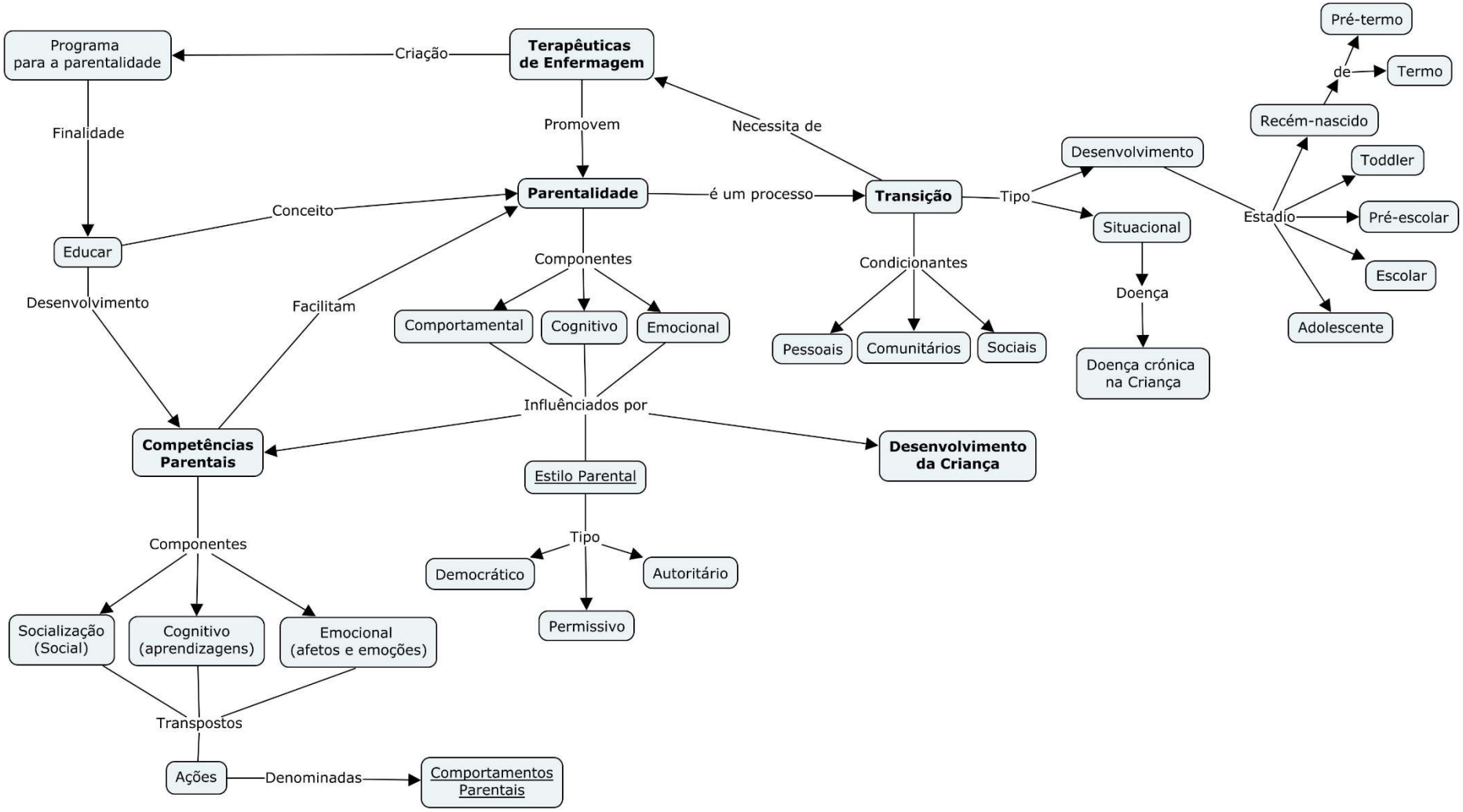


Ilustração 1 - Mapa Conceptual

Apêndice II – Quadro Síntese da Evidência dos Estudos e Programas Parentais

AUTORES	TÍTULO	ANO	RESULTADOS
(Benzies, Magill-Evans, Harrison, MacPhail, & Kimak, 2008)	"Strengthening New Fathers' Skills in Interaction With Their 5-Month-Old Infants: Who Benefits From a Brief Intervention?"	2008	Este programa demonstrou eficácia, referindo os pais vontade que fosse prolongado. No entanto não é expectável que todos os pais respondam de forma similar à intervenção.
(Svensson et al., 2009)	"Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes"	2009	Revelou que um programa de educação com foco na parentalidade prévio ao nascimento melhorou auto-suficiência materna e conhecimento parental
(Halford & Petch, 2010)	"Couple Psychoeducation for New Parents: Observed and Potential Effects on Parenting"	2010	Demonstrou melhorias na relação entre o casal, e existe evidência que a relação entre o casal é fator chave nas competências parentais face à criança, nomeadamente no desenvolvimento da sensibilidade e responsabilidade no início da vida.
http://evidencebasedprograms.org/1366-2/nurse-family-partnership	"Nurse-Family Partnership" Program		Diversos estudos que estão por base da implementação deste programa, demonstraram diminuição da prevalência dos abusos e negligência das crianças (incluindo lesões e acidentes), redução do número de repetidas gravidezes durante a adolescência e jovem adulta, redução do tabagismo na fase pré-natal nas senhoras que fumavam no início do estudo, melhorias a nível cognitivo e/ou académico nas crianças filhas de mães com baixos recursos psicológicos (ex. inteligência, saúde mental, autoconfiança)

http://incredibleyears.com/	"The Incredible Years"® Program		Vários estudos realizados que acompanham as crianças demonstram aumento de uma parentalidade positiva, incluindo brincadeira direta com a criança, redução do recurso a ordens com enfoque no criticismo e negativismo. Aumento do estabelecimento dos limites com a substituição de agressão física por técnicas de disciplina proactiva levando a um aumento da autoconfiança parental. Aumento da comunicação familiar positiva e capacidade de resolução de problemas. Redução de problemas de conduta das crianças nas interações com os pais e aumento do efeito positivo das ordens dos pais.
(Webster-stratton, Gaspar, & Seabra-santos, 2012)	"Incredible Years® Parent, Teachers and Children's Series: Transportability to Portugal of Early Intervention Programs for Preventing Conduct Problems and Promoting Social and Emotional Competence"	2012	Este estudo demonstrou que este programa é eficiente no estabelecimento de fatores protetores na escola e na redução de fatores de risco nas crianças numa amostra em Portugal.
(Thomas & Bhugra, 2014)	"Preparation for parenthood programme: Experiences from southern India"	2014	Os resultados indicam que este tipo de programas, devem ter um foco no desenvolvimento das responsabilidades e papéis parentais, as transições, as competências como a paciência de acordo com a idade, a criação de confiança, a gestão de situações de stress, o equilíbrio de liberdade e responsabilidade, assertividade, controlo emocional e comunicação com a criança.

Apêndice III – *Scoping Review*

As estratégias utilizadas num programa de parentalidade para adolescentes: *a scoping review*

Autores:

Diana Costa[1]

Maria José Pinheiro MSc[2]

1 Enfermeira no Hospital Santo António dos Capuchos, dianacosta@campus.esel.pt

2 Docente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, mjpinheiro@esel.pt

RESUMO

Enquadramento: Parentalidade é um processo bastante complexo e um dos papeis com mais significado na vida da família. Assim compreende-se que a preparação para parentalidade tem uma influência direta no desenvolvimento da criança. Acrescenta-se que se a preparação for realizada de uma forma precoce, haverá benefícios para a família e futura criança.

Objetivo: Pretende-se estudar as estratégias utilizadas em programas de parentalidade a adolescentes, na perspetiva destes.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa em 3 bases de dados, e foram excluídos os artigos que não correspondiam à temática ou metodologia selecionada. Os critérios de inclusão limitaram os estudos publicados na língua inglesa ou portuguesa entre 2006 e 2016, com uma população dirigida aos adolescentes, considerando uma faixa etária entre os 10 e 19 anos de idade, tendo como fenómeno de interesse a parentalidade em programas que decorram em ambiente comunitário ou escolar.

Resultados: Foram encontradas diversas intervenções que permitiram a identificação das perspetivas dos adolescentes do programa de parentalidade, entre as quais, diminuição de ansiedade, aumento da autoestima e confiança, etc.

Estes resultados demonstram a importância do papel do Enfermeiro na área da promoção da saúde dos adolescentes e as metodologias eficazes.

Palavras-chave: adolescente, parentalidade, programa, enfermagem

ENQUADRAMENTO

A Parentalidade é definida como um conjunto de ações perpetuadas pelos adultos com poder parental às crianças com o objetivo da promoção do desenvolvimento das mesmas da forma mais plena que existe, recorrendo aos recursos existentes dentro e fora da família[1].

Desta forma, a parentalidade é entendida como um processo bastante complexo, exigindo dos pais um grande dispêndio emocional, cognitivo e físico[2], associado ao fato de que o início da infância é um período crítico no qual a criança

desenvolve competências de autorregulação e socio-emocionais necessárias para uma socialização adequada e para os desafios académicos da escola que se aproximam[3]. O que torna a parentalidade num dos papeis com mais significado na vida da família, o qual sem dúvida, afeta os estilos de vida, e é muito comum que existam problemas no processo de transição para este papel[4].

Acrescenta-se o fato de que a prevalência de problemas comportamentais e emocionais nas crianças na população geral é bastante elevada, num estudo realizado aproximadamente 15% dos pais revelaram que o seu filho de 1 a 3 anos de idade apresentava problemas comportamentais ou emocionais no ramo subclínico ou clínico, e que este problemas representavam dificuldades para os pais e um risco para o desenvolvimento de problemas persistentes para o futuro destas crianças[3].

Em suma, investigação longitudinal, tem relevado que as crianças com dificuldades de comportamento no início da infância estarão em risco de desenvolver problemas mais sérios posteriormente, como comportamento antissocial ou insucesso escolar[3].

Deste modo, a prevenção no início da infância é fundamental para a redução dos prolemas comportamentais e emocionais e para a promoção do desenvolvimento positivo da criança[3]. Assim esta promoção deverá ocorrer no contexto familiar, uma vez que a parentalidade é o primeiro ambiente de socialização para criança, desta forma a família deve ser o alvo da intervenção, através de um processo metódico de aprendizagem e de desenvolvimento de competências emocionais, cognitivas e comportamentais. Face ao referido, preparação, conhecimento e competências são consideradas condições que podem facilitar ou inibir a transição[5]. De fato, preparação de forma antecipada para lidar com a nova situação pode facilitar a transição, enquanto que ao contrário, a falta de preparação parece ser um fator inibitório[5].

Desta forma, a preparação para parentalidade e o desenvolvimento destas competências tem uma influência direta no desenvolvimento da criança, o que nos indica se a preparação for realizada de uma forma precoce haverá benefícios para a família e futura criança. Assim pretende-se com a presente *scoping review* identificar quais as estratégias a utilizar num programa para a parentalidade realizado a adolescentes, onde estes ainda não detêm de poder parental.

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde define a adolescência como um período de crescimento e desenvolvimento humano que decorre entre a infância e a fase a adulta, criando um intervalo de idades entre os 10 e os 19 anos. Esta fase representa uma das transições mais críticas do ciclo de vida e é caracterizada por um aumento de crescimento e mudanças[6], nomeadamente biológicas, intelectuais, psicossociais e económicas [7].

Os determinantes biológicos da adolescência são universais, no entanto a duração e características determinantes deste período podem variar de acordo com

as épocas, culturas, e situação socioeconómica [6].

A presente *scoping* review foi realizada de acordo com a metodologia de Joanna Briggs Institute (JBI), e de forma a comprovar a pertinência da realização da mesma, foi realizada uma primeira pesquisa na Joanna Briggs Institute Systematic Reviews and Implementation Reports (JBISRIR) e Cochrane Database of Systematic reviews e Epistemoikos com o intuito de perceber se já existem *scoping reviews* nesta temática, os resultados apresentados demonstraram que apenas nas duas últimas bases de dados existe uma *scoping review* em cada, mas apenas com uma população de adolescentes já pais.

O objetivo da presente *scoping review* consiste na identificação de estratégias a utilizar num programa de parentalidade a adolescentes.

Salienta-se que o presente objetivo, critérios de inclusão e métodos apresentados para a realização da mesma foram especificados e documentados a *priori* no protocolo concretizado.

METODOLOGIA

Critérios de inclusão

Considerando a questão de investigação, a presente *Scoping Review* incluirá todos os estudos que sejam publicados na língua inglesa ou portuguesa entre 2006 e 2016, considerando como população os adolescentes, na faixa etária entre os 10 e 19 anos de idade, a qual definida pela Organização Mundial de Saúde. Os estudos selecionados terão como fenómeno de interesse a parentalidade. O contexto em que são considerados os estudos, consiste em programas que decorram em ambiente comunitário ou escolar.

Estratégia de pesquisa

No presente capítulo pretende-se desenvolver a estratégia de pesquisa a adotar na *Scoping Review* a desenvolver, indo ao encontro dos critérios estabelecidos pelo JBI.

Deste modo, a estratégia adotada será divida em três etapas:

As bases de dados selecionadas para a primeira etapa de pesquisa, considerando a temática, são a CIHNAL *Plus with Full Text* e a MEDLINE *with Full Text*. De forma a que a presente pesquisa decorra com o mínimo de vieses, foram selecionados descritores de pesquisa adequados para cada base de dados, apresentados de seguida e a sua respetiva definição em apêndice, encontrada na CIHNAL headings e MESH 2016.

Considerando os descritores específicos de cada base de dados, foram criadas duas expressões de pesquisa, de acordo com os termos de indexação de cada uma.

MEDLINE Plus with Full Text*, de acordo com os termos de indexação da *MeSH 2016

População: Adolescence

Conceito: Parenting OR #Parenthood

Contexto: Health Education OR Education OR Governament Programs OR Program Development OR Teaching

Expressão de pesquisa: Adolescence AND (Parenting OR #Parenthood) AND (Health Education OR Education OR Governament Programs OR Program Development OR Teaching)

CIHNAL Plus with Full Text, de acordo com os termos de indexação da *CINAHL headings*:

População: Adolescence

Conceito: Parenting OR Parenting Education OR Planned Parenthood Federation of America OR International Planned Parenthood Federation OR Family Planning OR Prepregnancy Care OR Parenthood

Contexto: Teaching OR Teaching Methods OR Teaching: Group (Iowa NIC) OR Education OR Education, Non-Traditional OR Learning OR Program Development

Expressão de pesquisa: Adolescence AND (Parenting OR Parenting Education OR Planned Parenthood Federation of America OR International Planned Parenthood Federation OR Family Planning OR Prepregnancy Care OR Parenthood) AND (Teaching OR Teaching Methods OR Teaching: Group (Iowa NIC) OR Education OR Education, Non-Traditional OR Learning OR Program Development)

Numa segunda etapa foram consideradas as palavras chave e os termos indexados utilizados anteriormente e estendida a pesquisa à base de dados Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Por último, na terceira etapa foi realizada uma análise da bibliografia dos artigos selecionados com o intuito de identificar artigos pertinentes.

Com o recurso a um Sistema de referenciação, foram geridos os artigos e removidos os duplicados.

Extração de Resultados

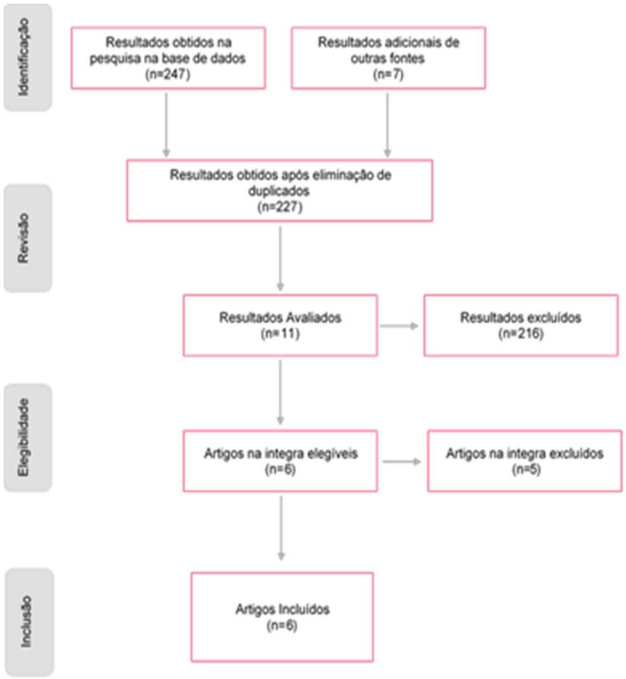
A extração de resultados foi concretizada com o recurso a um instrumento criado que tinha em consideração título, autores, ano, País, Objetivo, População, Metodologia, Tipo de intervenção, Duração da Intervenção, resultados e aspetos relevantes.

Na pesquisa realizada nas bases de dados após implementação dos critérios de inclusão determinados foram encontrados 247 artigos e 7 da bibliografia analisada, sendo que foram posteriormente removidos 27 por duplicação de resultados.

De seguida foi realizada leitura do título e abstract dos restantes 227 artigos, tendo sido selecionados 11. No entanto após realizada uma leitura dos artigos, foram apenas selecionados 6, uma vez que os restantes 5 não apresentavam uma população correspondente.

De forma a sistematizar este procedimento de seleção, é apresentado de seguida um esquema (Figura 1).

Figura 1 - Metodologia de Seleção



Nº	AUTOR/ANO	OBJETIVO(S)	PARTICIPANTES	CONCEITO	CONTEXTO
1	Diane de Anda (2006)[8]	Showing students the amount of responsibility involved in caring for an infant	353 of the students	Pregnancy Prevention	Infant simulation intervention
2	Naudeau, Cunningham, Lundberg, & Mcginnis (2008)[9]	Provide an international perspective on the promotion of positive development and the prevention of risky behavior among youth.	youth	N/A	N/A
3	Brinkman; Johnson; Lawrence; Codde; Hart; Straton; Silburn, (2010)[10]	evaluate the Virtual Infant Parenting (VIP) program by investigating pre-conceptual health and risk behaviours, teen pregnancy and the resultant birth outcomes, early child health and maternal health.	Fifty-seven school	Infant Simulator based program	Schools
4	Giogio; Kantor; Levine; Arons (2013)[11]	To assess whether this program is successful in reaching the target population, whether user characteristics vary by mode (IM vs text), and whether mode is associated with reaching individuals with high levels of worry or reducing worry postchat.	32,589 conversations	Sexual and Reproductive Health Questions	Chat and Text Technologies
5	Bonell; Maisey; Speight; Purdon; Keogh; Wolln; Sorhaindo; Wellings (2013)[12]	Develop participants' awareness of the responsibility involved in parenting as well as their self-awareness and confidence	449 age 13/14	Pregnancy prevention	Nursery
6	Brinkman; Johnson; Lawrence; Codde; Hart; Straton; Mittinty; Silburn (2016)[13]	investigate the eff ect of such a programme, the Virtual Infant Parenting (VIP) programme, on pregnancy outcomes of birth and induced abortion in Australia	2834 rapargias dos 13 aos15 anos de 57 escolas.	Prevent teenage pregnancy	Infant simulator programmes

Os artigos selecionados apresentam um intervalo temporal entre 2006 e 2016, tendo sido realizados na sua maioria nos Estados Unidos da América, de seguida na Austrália e apenas um no Reino Unido.

os objetivos dos artigos podem ser divididos em duas grandes áreas, numa primeira no desenvolvimento do sentido de responsabilidade associado à parentalidade e a segunda à avaliação da implementação de programas de parentalidade.

A população incide nos adolescentes, na sua maioria com um intervalo de idades entre os 13 e 15 anos.

Os estudos (5 em 6) apresentam como metodologia de investigação Quantitativa, na sua maioria *Randomized Trial*.

Nos conceitos identificados distingue-se essencialmente a prevenção da gravidez, por sua vez o contexto observa-se as escolas ou os programas de intervenção estudados.

As intervenções implementadas nos artigos, consistem na, sua maioria na simulação com um boneco, que se pretende retratar os cuidados a um bebé.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Simulação

Baby think it over é um programa de parentalidade que consiste na simulação dos cuidados a um bebé através de um boneco que simula as necessidades dos mesmos e os estudantes têm de dar resposta[8].

O presente artigo procura demonstrar o sentido de responsabilidade desenvolvido pelos estudantes nesta intervenção.

Foi aplicada um questionário pré e pós intervenção com o recurso a uma escala de *likert* [8].

A análise dos resultados revelou que a implementação desta simulação teve uma eficácia no aumento do reconhecimento do impacto de cuidar de um bebé na vida académica e social; no reconhecimento das consequências da parentalidade na adolescência nos outros membros da família; reconhecimento dos riscos emocionais associadas à parentalidade na adolescência; reconhecimento do tempo e esforço envolvimento no cuidado de um bebé; do número de estudantes que pretende terminar os estudos e iniciar uma carreira antes da parentalidade; da idade em que pretendem engravidar. No entanto, os autores não encontraram significância estatística no reconhecimento dos valores e cultura da família na existência de uma gravidez na adolescência[8].

Estes resultados permitiram aos autores concluir que esta intervenção influenciou os estudantes na medida em que referem ter alterado as suas perceções sobre como seria se tivessem um bebé[8].

Esta intervenção foi adaptada para a realidade Australiana e denominada por Virtual Infantil Parenting. Foi iniciada uma intervenção em 2003 com a implementação da metodologia do simulador de bebé. Consistiu em três fases, numa primeira exposição do enquadramento conceptual dos métodos contracetivos, infeções sexualmente transmissíveis e gravidez. Numa segunda parte era realizada uma

introdução à parentalidade com a criação de material de suporte. Na última etapa aprendiam a cuidar de recém-nascido através de um boneco simulador [10].

Esta intervenção incluiu o preenchimento de questionários antes da intervenção, após intervenção e seis meses depois.

O presente artigo apresenta o inicio da intervenção, os autores planearam o acompanhamento dos jovens até 2011, onde completavam os 20 anos[10].

O artigo posterior que avalia a eficácia do mesmo, demonstrou que a intervenção aplicada a um grupo face a um grupo de controlo não revelou uma redução do risco de gravidez em adolescentes na Austrália, os autores procuraram identificar condicionantes que pudessem ter influenciado os resultados, nomeadamente o grupo de controlo apresentar um nível de estatuto socioeconómico superior e bem como a nível do interesse académico, no entanto não foram avaliadas[13].

Tecnologias

A intervenção com o recurso a mensagens de telemóveis permitiu aos autores analisarem 32589 mensagens, categorizando por variáveis que consideraram pertinentes, nomeadamente a idade[11].

Os resultados apresentados para jovens com menos de 24 anos, demonstram o sucesso na captação dos jovens para a intervenção, bem como de jovens que se encontravam num momento vulnerável ou crise. Os autores sugerem uma correlação entre o sucesso da intervenção com a possível falta de conhecimentos dos jovens, realçando a necessidade de maior apoio.

A análise do conteúdo das mensagens demonstra uma diminuição do nível de preocupação e ansiedade dos jovens com menos de 17 anos[11].

Promoção de competências

A intervenção pretende não apenas a consciencialização da complexidade da parentalidade bem como o desenvolvimento de competências pessoais nos jovens entre as quais autoconhecimento e confiança. Esta foi conseguida na medida em que as raparigas do grupo de intervenção apresentavam menos probabilidade de referir baixa autoestima e dificuldade de discussão de temáticas, como os métodos contracetivos e maior conhecimento na área da saúde sexual. Em oposto o grupo de controlo revelou um aumento da prevalência de baixa autoestima ao longo do tempo [12].

DISCUSSÃO

A presente *Scoping Review* demonstra que um significante número de investigação está a ser realizado na implementação de programas de parentalidade na adolescência. No entanto na sua grande maioria apresentam o seu foco na prevenção da gravidez. Realça-se o estudo realizado por Bonell et al em 2013, que dá grande enfase ao desenvolvimento de competências pessoais nos adolescentes, o que irá diminuir a incidência do número de gravidezes na adolescência.

A pesquisa realizada demonstra uma adoção por vários países da metodologia de simulação de um bebé. O estudo realizado nos Estados Unidos na América demonstra uma influência positiva nos adolescentes, com alteração de conhecimentos e

expetativas. Em contraposto a sua implementação na Austrália e acompanhamento dos jovens, não demonstrou eficácia da intervenção na prevenção de gravidez. No entanto não é possível realizar uma comparação sólida entre a influência deste programa nestes diferentes contextos, na medida em que no primeiro é apenas avaliada as intenções dos estudantes e não validado o comportamento posterior, enquanto que nos outros estudos existe uma verificação do numero de gravidezes e abordos realizados.

O recurso a tecnologia está cada vez mais presente nestes programas. O recurso das mensagens de texto, revelou uma influência positiva nos jovens, realçando a confidencialidade e inexistência da necessidade de se apresentarem frente-a-frente aos profissionais para o esclarecimento de dúvidas.

Limitações

Como limitações para o presente artigo, realçasse a complexidade da pesquisa, na medida em que foi difícil realiza-la de forma a excluir a temática de programas de parentalidade para pais de adolescentes.

CONCLUSÃO

O objetivo para a presente investigação consistia na identificação de estratégias a utilizar num programa de parentalidade a adolescentes. Foram encontradas diversas intervenções, que possibilitaram a concretização do mesmo, identificando as perspetivas dos adolescentes da experiência entre as quais, diminuição de ansiedade, aumento da autoestima e confiança, aumento dos conhecimentos e da exigência da parentalidade com influência no seu plano de vida.

Considera-se que a investigação na implementação de programas de parentalidade poderá integrar à prevenção da gravidez, o desenvolvimento de competências pessoais e sociais. Esta necessidade advém da compreensão dos estudantes que posteriormente quando vivenciarem a transição para a parentalidade têm de ser capazes de gerir esta complexidade, pela exigência que é pedida aos pais, pelo grande dispêndio emocional, cognitivo e físico[2].

Por sua vez, os resultados analisados permitem-nos compreender a necessidade ainda atual dos adolescentes em obter mais conhecimento sobre as temáticas dos métodos contracetivos e parentalidade. A implementação destas intervenções teve como objetivo simultâneo também da aproximação dos jovens aos serviços de cuidados de saúde existentes na comunidade.

Reconhecimentos:
Esta *Scoping Review* vem integrada na obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

REFERÊNCIAS

1. Cruz O. Parentalidade. 1ª ed. Coimbra: Quarteto; 2005. 1-261 p.
2. Coleman PK, Karraker K. Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. Dev Rev [Internet]. 1997;18:47–85. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0273229797904482%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1006/drev.1997.0448%5Cnhttp://linkinghub.elsevier.com/retrieve/p

ii/S0273229797904482%5Cnhttp://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0273229797904482%5Cnhttp://dx.doi.

3. Solmeyer A, Feinberg M, Coffman D, Jones D. The Effects of the Family Foundations Prevention Program on Coparenting and Child Adjustment: A Mediation Analysis. Prev Sci. 2014;15:213–23.
4. Thomas B, Bhugra D. Preparation for parenthood programme: experiences from southern India. Int Rev Psychiatry. 2014;26(4):493–9.
5. Meleis AI, Sawyer LM, Im E-O, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing Transitions : An Emerging Middle- Range Theory. Adv Nurs Sci. 2000;23(1):12–28.
6. WHO. Adolescent development [Internet]. [cited 2016 Jun 21]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/
7. Saewyc E. Promoção da Saúde do Adolescente e da Família. In: Hockenberry MJ, Wilson D, editors. Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª ed. Loures: Lusociência; 2014. p. 1903.
8. Anda D de. Baby Think It Over: evaluation of an infant simulation intervention for adolescent pregnancy prevention. Health Soc Work [Internet]. 2006;31(1):26–35. Available from: http://hsw.oxfordjournals.org/content/31/1/26.full.pdf
9. Naudeau S, Cunningham W, Lundberg MKA, Mcginnis L. Programs and Policies That Promote Positive Youth Development and Prevent Risky Behaviors: An International Perspective. In: Guerra N, Bradshaw C, editors. Core competencies to prevent problem behaviors and promote positive youth development. washington: New Directions for Child and Adolescent Development; 2008. p. 75–87.
10. Brinkman SA, Johnson SE, Lawrence D, Codde JP, Hart MB, Straton JAY, et al. Study protocol for the evaluation of an Infant Simulator based program delivered in schools: apragmatic cluster randomised controlled trial. Trials [Internet]. 2010;11:100–10. Available from: 10.1186/1745-6215-11-100%5Cnhttp://search.ebscohost.com.proxy.seattleu.edu/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=55604983&site=ehost-live&scope=site
11. Giorgio M, Leslie K, Deborah L, Arons W. Using Chat and Text Technologies to Answer Sexual and Reproductive Health Questions: Planned Parenthood Pilot Study. J Med Internet Res. 2013;15(9):1438–8871.
12. Bonell C, Maisey R, Speight S, Purdon S, Keogh P, Wollny I, et al. Randomized controlled trial of “teens and toddlers”: A teenage pregnancy prevention intervention combining youth development and voluntary service in a nursery. J Adolesc [Internet]. 2013;36(5):859–70. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.07.005
13. Brinkman SA, Johnson SE, Codde JP, Hart MB, Straton JA, Mittinty MN, et al. Efficacy of infant simulator programmes to prevent teenage pregnancy: a school-based cluster randomised controlled trial in Western

Australia. Lancet [Internet]. 2016;388:2264–71. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30384-1

Apêndice IV – Objetivos e Atividades delineadas

OBJETIVO GERAL	**Desenvolver competências gerais e específicas de Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP)**			
OBJETIVO ESPECÍFICO	Analisar as terapias não farmacológicas para o alívio da dor que implemento			
Atividades	**Data e Contexto**	**Método e modos de concretização**	**Resultados Esperados**	**Critérios de Avaliação**
• Observação das terapias não farmacológicas; • Implementação das terapias não farmacológicas; • Registo e análise das interações com as crianças.	24/10/2016 – 16/12/2016 **Serviço de internamento & Urgência Pediátrica**	Realização de pesquisa bibliográfica: diferentes terapias, critérios de escolha; desenvolvimento da criança, alguns procedimentos dolorosos (administração de terapêutica via endovenosa, intramuscular, vacinação, realização de procedimento de punção lombar); Elaboração de uma folha de registo para as interações, considerando o contexto, a interação e a sua análise; Reflexão sobre as interações registadas, com recurso ao ciclo de gibs; Discussão das diferentes técnicas com a Enfermeira Orientadora e Professora.	Competências na identificação e utilização das técnicas não farmacológicas para o alívio da dor mais adequadas, em diferentes procedimentos e fases de desenvolvimento da criança.	Realização da reflexão e qualidade desta. Relatório Final.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Prestar cuidados à criança com doença crónica			
Atividades	**Data e Contexto**	**Método e modos de concretização**	**Resultados Esperados**	**Critérios de Avaliação**

▪ Criação de um plano de intervenção; ▪ Implementação do plano de intervenção com o apoio da Enfermeira Orientadora; ▪ Realização de um Estudo de Caso.	21/11/2016 – 16/12/2016 **Serviço de Internamento**	Realização de pesquisa bibliográfica: doença crónica na criança e família, conceito de doença crónica, modelo de cuidados na situação de doença crónica na criança; Construção de um documento de registo da colheita de dados (considerando o processo de parentalidade, de adaptação, a teoria de Afaf Meis); Discussão com a Enfermeira orientadora e Professora sobre o estudo de caso.	Prestação de cuidados de qualidade à criança com doença crónica e à sua família.	Realização de estudo de caso; Reflexão sobre o plano de intervenção implementado; Relatório Final.
OBJETIVO ESPECÍFICO:	Prestar cuidados de promoção do crescimento e desenvolvimento infantil			
Atividades	**Data e Contexto**	**Método e modos de concretização**	**Resultados Esperados**	**Critérios de Avaliação**
▪ Observação das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil de (várias idades); ▪ Planeamento e execução de 3 consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil de duas faixas etárias; ▪ Análise das consultas realizadas por escrito com a enfermeira e a professora.	2/01/2017 – 10/02/2017 **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados**	Pesquisa Bibliográfica: crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, modelo de intervenções touchpoints; Observação da Enfermeira Orientadora; Discussão com a Enfermeira Orientadora e Professora. Planeamento das 3 Consultas; Reflexão.	Prestação de cuidados na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança numa determinada e idade e extrapolação do conhecimento adquirido para as restantes idades.	Realização da reflexão e qualidade desta. Relatório Final.

▪ **OBJETIVO ESPECÍFICO**	Aplicar técnicas de comunicação adequadas à criança/jovem e a família, apropriadas à idade e estádio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis			
▪ **Atividades**	**Data e Contexto**	**Método e modos de concretização**	**Resultados Esperados**	**Critérios de Avaliação**
▪ Observação das diferentes técnicas de comunicação; ▪ Implementação das diferentes técnicas de comunicação; ▪ Realização de uma análise de um registo de interação em cada contexto.	26/09/2016 – 10/02/2017 **Todos os Contextos**	Realização de pesquisa bibliográfica: diferentes técnicas de comunicação, estádio de desenvolvimento da criança, seleção das técnicas; Observação da Enfermeira Orientadora; Elaboração de uma folha de registo para as interações, considerando o contexto, a interação e a sua análise; Reflexão das interações registadas, com recurso ao ciclo de gibs; Discussão com as Enfermeiras Orientadoras e Professora sobre as interações registadas.	Demonstrar conhecimento na mobilização de diferentes técnicas de comunicação de acordo com a criança, a sua idade, estadio de desenvolvimento e cultura.	Realização da reflexão e qualidade desta. Relatório Final.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem ao RN em situação complexa de saúde (na UCIN)			
Atividades	**Data e Contexto**	**Método e modos de concretização**	**Resultados Esperados**	**Critérios de Avaliação**

• Observação dos cuidados ao RN e família, segundo a filosofia de cuidados para o desenvolvimento; • Participação nos cuidados ao RN em situação complexa e de saúde na UCIN; • Reflexão sobre um RN e família no âmbito das competências da vinculação.	26/09/2016 – 21/10/2016 **Unidade de cuidados intensivos neonatais**	Pesquisa bibliográfica: cuidados de Enfermagem ao RN em situação complexa de saúde na UCIN, cuidados para o desenvolvimento; Observação dos cuidados prestados pela Enfermeira Orientadora; Discussão com a Enfermeira Orientadora e Professora sobre um caso pertinente a ser analisado no contexto.	Conhecer os cuidados de Enfermagem prestados ao RN em contexto de UCIN.	Realização da reflexão e qualidade desta. Relatório Final.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Desenvolver um processo de tomada de decisão			
Atividades	**Data e Contexto**	**Método e modos de concretização**	**Resultados Esperados**	**Critérios de Avaliação**
• Análise do processo de tomada de decisão desenvolvido ao longo dos diversos contextos.	26/09/2016 – 10/02/2017´ **Todos os Contextos**	Pesquisa bibliográfica: processo de tomada de decisão; Reflexão sobre o processo de tomada de decisão realizado ao longo dos contextos.	Capacidade de tomada de decisão fundamentada em princípios, valores e normas deontológicas	Realização da reflexão e qualidade desta. Relatório Final.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Desenvolver competências na promoção da Parentalidade			
Atividades	**Data e Contexto**	**Método e modos de concretização**	**Resultados Esperados**	**Critérios de Avaliação**
• Observação da Enfermeira Orientadora na promoção da parentalidade;	26/09/2016 – 21/10/2017	Pesquisa bibliográfica: processo de parentalidade em contexto de UCIN;	Compreensão do processo de parentalidade em	Realização da reflexão e qualidade desta.

Realização uma reflexão teórica sobre o processo de parentalidade.	**Unidade de cuidado intensivos neonatais**	Discussão com a Enfermeira Orientadora e Professora sobre o processo de parentalidade em contexto de UCIN.	contexto de UCIN e o seu impacto na família.	Relatório Final.
Realização de um estudo de Caso.	24/10/2017 – 18/11/2016 **Urgência Pediátrica**	Discussão com a Enfermeira Orientadora e Professora sobre o Estudo de Caso. Elaboração de um instrumento de apreciação;	Compreensão do processo de parentalidade em contexto de Urgência Pediátrica e o seu impacto na família. Planeamento de cuidados promotores da parentalidade	Realização de estudo de caso e qualidade deste. Relatório Final.
Observação da Enfermeira Orientadora na promoção da parentalidade; Participação nos cuidados na promoção da parentalidade; Realização de uma reflexão sobre o processo de parentalidade considerando todos os contextos de Estágio.	26/09/2016 – 10/02/2017´ **Todos os Contextos**	Pesquisa bibliográfica: processo de parentalidade em todos os contextos de Estágio; Reflexão sobre os diversos processos de parentalidade nos contextos de Estágio; Discussão com a Enfermeira Orientadora e Professora sobre o processo de parentalidade em cada contexto de Estágio.	Competências na promoção da parentalidade nos diversos contextos.	Realização da reflexão e qualidade desta. Relatório Final.

OBJETIVO GERAL	Construir um programa para a parentalidade dirigido aos adolescentes (16 a 23 anos)			
OBJETIVO ESPECÍFICO	Realizar um diagnóstico de situação			
Atividades	**Data e Contexto**	**Método e modos de concretização**	**Resultados Esperados**	**Critérios de Avaliação**
▪ Caracterização do grupo; ▪ Aprofundamento das características do grupo etário selecionado.	26/09/2016 – 10/02/2017 **Escola Secundária**	Reuniões de preparação do programa na Escola; Reunião com o professor do grupo para conhecimento das características do grupo; Utilização da Estratégia "Caixa de perguntas" para identificar as necessidades dos adolescentes; Análise dos resultados da Estratégia "Caixa de perguntas"	Conhecimento das necessidades do grupo e as suas características.	Documento de diagnóstico de situação. Relatório Final.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Planear o programa para a parentalidade			
Atividades	**Data e Contexto**	**Método e modos de concretização**	**Resultados Esperados**	**Critérios de Avaliação**
▪ Realização de uma *Scoping Review;* ▪ Planeamento das Sessões; ▪ Aprendizagem dos métodos e estratégias de ensino.	26/09/2016 – 10/02/2017 **Escola Secundária**	Elaboração do protocolo da *Scoping Review*, com o título - As Experiências dos adolescentes num programa de parentalidade: *a scoping review;*	Planeamento do programa para a parentalidade adequado à população-alvo.	Projeto do programa de parentalidade. Relatório Final.

		Pesquisa bibliográfica: métodos e estratégias de ensino; programas de parentalidade para adolescentes; Discussão do programa com os professores da Escola envolvida e Professora orientadora; Seleção do conteúdo e estratégias.		
OBJETIVO ESPECÍFICO	Implementar o programa para a parentalidade			
Atividades	**Data e Contexto**	**Método e modos de concretização**	**Resultados Esperados**	**Critérios de Avaliação**
▪ Implementação do programa de intervenção. ▪ Reflexão das sessões realizadas;	26/09/2016 – 10/02/2017 **Escola Secundária**	Discussão do programa com os professores da Escola envolvida e Professora orientadora; Apresentação aos estudantes; Realização de sessões interativas com os estudantes.	Implementar o programa de parentalidade como planeado adequado à população-alvo.	Reflexão realizada e qualidade desta. Relatório Final.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Avaliar o programa para a parentalidade			
Atividades	**Data e Contexto**	**Método e modos de concretização**	**Resultados Esperados**	**Critérios de Avaliação**
▪ Realização de uma sessão de encerramento do programa para a parentalidade; ▪ Avaliação com os estudantes da participação no programa;	26/09/2016 – 10/02/2017 **Escola Secundária**	Elaboração de um método de avaliação do programa para os estudantes; Elaboração de um documento de avaliação do programa para o Professor da Escola envolvida;	Análise da implementação do programa face às respostas obtidas	Reflexão realizada e qualidade desta. Relatório Final.

▪ Avaliação com o Professor sobre a realização do programa; ▪ Análise dos resultados obtidos.		Discussão do programa com os professores da Escola envolvida e Professora orientadora; Realização de uma reflexão sobre o programa.	na avaliação formal.	

Apêndice V – Manual dos cuidados não traumáticos

MANUAL DOS CUIDADOS NÃO TRAUMÁTICOS

As crianças e jovens ao vivenciarem um internamento, acidente, processo de doença, estão sujeitos a situações de crise, que podem levar à experiência de dor. No entanto, a forma como se expressam varia de acordo com a sua fase de desenvolvimento e características próprias.

Nesta vivência de dor, é possível salientar alguns fatores presentes, como o medo e a ansiedade, sendo que estes influenciam a avaliação da dor e a intervenção do Enfermeiro. Deste modo, o profissional de saúde tem de desenvolver a capacidade de avaliar o estado emocional da criança para que possa planear a sua intervenção de forma adequada à mesma (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Ainda assim, perante estas situações de crise, a criança e o jovem apresentam mecanismos de *coping* de forma a gerirem os fatores de stress. No entanto, estas estratégias são limitadas, sendo assim necessário apoio para ultrapassar com sucesso (Jacob, 2014). Na ausência deste suporte, esta experiência pode ter uma influência negativa no desenvolvimento da criança, o que justifica a importância dos cuidados não traumáticos (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015), que por sua vez significa o

> fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde (Hockenberry & Barrera, 2014, p. 11).

Uma das estratégias utilizadas pelos Enfermeiros são as medidas não farmacológicas, com uma índole psicológica, estão direcionadas para a criança com dor ligeira, em procedimentos dolorosos ou em colaboração com analgesia. O sucesso destas medidas advém do potenciar do controlo da dor e autonomia da criança e sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

As estratégias não farmacológicas podem ser agrupadas em: Comportamentais, com o exemplo do relaxamento; Cognitivas incluindo o fornecimento de informação de forma prévia; Cognitivo-comportamentais com o recurso a técnicas de distração; Físicas ou periféricas com o exemplo da aplicação de calor ou frio; Suporte emocional promovendo a presença dos pais; por último

Ambientais considerando o espaço, ruido, luz. No entanto, a seleção destes métodos deve ter em consideração o desenvolvimento cognitivo da criança, os seus gostos, bem como a situação clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A implementação e o sucesso destas estratégias estão na sua grande maioria interligadas com a capacidade de comunicação do Enfermeiro com a criança e a família, com a adjuvante que esta deve ser também adequada aos diversos estádios de desenvolvimento. Neste sentido, elaborei um pequeno manual de consulta onde é possível correlacionar o desenvolvimento da criança com propostas de diversas estratégias de comunicação e de terapias não farmacológicas no controlo da dor.

FAIXA ETÁRIA	Recém-nascido & Lactente	
DESENVOLVIMENTO	Desenvolvimento Físico	O Tato é o primeiro sentido a se desenvolver e durante vários meses, é o sistema mais maduro; A discriminação auditiva desenvolve-se rapidamente após o nascimento; A visão é o sistema menos desenvolvido, focalizam melhor a uma distância de 30 cm, atinge uma acuidade 20/20 por volta dos 8 meses;
	Desenvolvimento Cognitivo	Sensório-motor Desenvolvimento do conceito de permanência de objeto; Progresso da capacidade de sugar, agarrar, atirar.
	Desenvolvimento Psicossocial	Aumento do apego em relação ao progenitor; Ansiedade de separação e medo de estranhos; Confiança vs desconfiança - A criança adquire, ou não, uma segurança e confiança relativamente a si própria e ao que a rodeia.
	Desenvolvimento conceito de doença	N/A
ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO	Vocalizações Sorriso, toque, sons e partilha de brinquedos “Cucu”, “esconde-esconde”, esconder e procurar objetos Nomear objetos e contar histórias Diálogo	

TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	Presença dos pais, embalo, carícias, sucção não nutritiva, redução de ruido, canções de embalar, massagem

As intervenções são direcionadas para os sentidos do tato e audição

FAIXA ETÁRIA	*Toddler*	
DESENVOLVIMENTO	Desenvolvimento Físico	O crescimento muscular e ósseo progride, tornando as crianças mais fortes e com uma postura mais firme, promovendo o desenvolvimento de diversas habilidades motoras;
	Desenvolvimento Cognitivo	Pré-operatório Inteligência simbólica; Pensamento egocêntrico, intuitivo e mágico; Inexistência de conceito de reversibilidade; Raciocínio transdutivo (aplicação de uma mesma explicação a situações parecidas); Característica do animismo (vida a seres inanimados); Desenvolvimento da linguagem;
	Desenvolvimento Psicossocial	O desenvolvimento do “eu” - o autoconceito Autonomia e vergonha - contradição entre a vontade da criança e as regras; Passagem da dependência para o controlo, independência e autonomia; Consciência de uma relação causal entre dois acontecimentos simultâneos (chove, logo fiquei doente) Mímica apresenta um significado e um entendimento mais profundo;
	Desenvolvimento conceito de doença	Os significados dos sintomas da doença têm uma relação direta (ex. o que se vê, ouve, sente, cheira); entendem os fenómenos com uma causa próxima e muitas vezes autoinfligida (ex. se me portar bem, não fico doente); A avaliação da dor no *toddler*, vai sofrendo alterações, aos dois anos, poderão ter capacidade de referir a existência e localização da dor, mas não a sua intensidade. Aos três anos, já demonstram alguma

		capacidade cognitiva na utilização de uma escala simples de três termos como “nenhuma dor, um bocadinho de dor e muita dor”.
ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO	Toque, sons e partilha de brinquedos “Faz de conta”, escondidas, jogos de contar e imitar animais Livros, desenhos e plasticina Diálogo	
TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	Ouvir histórias (a mesma história muitas vezes), brinquedo favorito, brincadeira lúdica e terapêutica, ouvir uma música familiar, estratégias de relaxamento.	

FAIXA ETÁRIA	Pré-Escolar	
DESENVOLVIMENTO	Desenvolvimento Físico	O crescimento muscular e ósseo progride, tornando as crianças mais fortes e com uma postura mais firme, promovendo o desenvolvimento de diversas habilidades motoras
	Desenvolvimento Cognitivo	Pré-operatório Inteligência simbólica; Pensamento egocêntrico, intuitivo e mágico; Inexistência de conceito de reversibilidade; Raciocínio transdutivo (aplicação de uma mesma explicação a situações parecidas); Característica do animismo (vida a seres inanimados);
	Desenvolvimento Psicossocial	Iniciativa vs culpa – prolongamento da faixa etária anterior, mas mais amadurecida; Desenvolvimento do superego, com a aprendizagem do certo e errado; Desenvolvimento da iniciativa (gostam de fazer escolhas); Utilizam determinada linguagem sem a compreensão exata da mesma; Pensamento mágico (pode resultar em vulnerabilidade por sentimentos de culpa); Orientação instrumental, em que as ações são dirigidas para a satisfação de necessidades;
	Desenvolvimento conceito de doença	Compreende o corpo, na sua parte externa e a existência de órgão que produzem sons ou ar (coração, pulmão e estômago) mas nem sempre sabem o nome de todos) Os significados dos sintomas da doença têm uma relação direta (ex. o que se vê, ouve, sente, cheira); entendem os fenómenos com uma causa próxima e muitas vezes autoinfligida (ex. se me portar bem, não fico doente); Compreendem que estão doentes pelos sintomas, entendendo o tratamento como o retirar de sintomas;

		Aos cinco anos desenvolvem a capacidade de reconhecer a influência da dor bem como da avaliação da intensidade da dor.
ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO	"Faz de conta", truques de magia, anedotas, advinhas e enigmas; Livros, desenhos e plasticina; Diálogo (ex. passatempos, desporto);	
TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	Técnicas de relaxamento, respiração lenta e profunda, massagem, leitura, brincadeira lúdica e terapêutica, atividade favorita, modelagem, cantar, ver televisão, jogos de computador/consola; jogos/atividades de realidade virtual.	

FAIXA ETÁRIA	Escolar	
DESENVOLVIMENTO	Desenvolvimento Físico	O crescimento é consideravelmente lento, no entanto as habilidades motoras continuam a intensificar-se.
	Desenvolvimento Cognitivo	Operações Concretas Conceito de conservação, categorização, raciocínio indutivo e dedutivo;
	Desenvolvimento Psicossocial	A ideia de sucesso ou fracasso é importante para a criança; Iniciativa vs inferioridade – necessitam de aprender habilidades valorizadas na sociedade
	Desenvolvimento conceito de doença	Têm conhecimento sobre o corpo humano – cuja profundidade depende da lecionação em sala de aula e da experiência anterior de doença. A capacidade de compreensão de uma causalidade objetiva e racional permite à criança escutar explicações mais complexas, permitindo assim compreender a gravidade da doença e o nível de dor. A criança consegue fazer uma maior distinção entre a realidade e o imaginário, que lhe permite perceber que as suas ações podem ser um fator que contribua para a diminuição do seu sofrimento ou para o processo de cura.
ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO	"Faz de conta", truques de magia, anedotas, advinhas e enigmas; Livros, desenhos e plasticina; Diálogo (ex. passatempos, desporto); Pode, e deve haver uma informação mais detalhada e realista. A criança já é capaz de aderir ao desafio de que «dói um pouco», mas que a sua enorme bravura e competência a vão ajudar a vencer aquela prova;	

TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	Técnicas de relaxamento, respiração lenta e profunda, massagem, leitura, brincadeira lúdica e terapêutica, atividade favorita, modelagem, jogos de computador/consola; jogos/atividades de realidade virtual.

FAIXA ETÁRIA	Adolescente	
DESENVOLVIMENTO	Desenvolvimento Físico	Um desenvolvimento físico importante é o início da puberdade;
	Desenvolvimento Cognitivo	Operações Formais Capacidade de pensar em termos abstratos, ponderando diferentes possibilidades; Raciocínio hipotético-dedutivo; Evolução da capacidade da tomada de decisão;
	Desenvolvimento Psicossocial	Identidade vs confusão de identidade – crescimento para a fase adulta com um senso coerente do eu e um papel valorizado pela sociedade; Conseguem perspetivar a situação de outras pessoas; Progressão para a independência comportamental;
	Desenvolvimento conceito de doença	Existe uma evolução da capacidade do adolescente em compreender os processos internos do organismo no processo de doença e cura, o que facilita na adoção de métodos de gestão de dor não farmacológicos bem como na gestão do processo de doença; Por outro lado, os adolescentes apresentam uma tendência natural para minimizar ou negar a dor na presença dos amigos, desta forma torna-se importante providenciar momentos de privacidade.
ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO	Assegurar a confidencialidade e privacidade, no entanto explicar os limites da confidencialidade; Demonstrar preocupação pelo que é explicado pelo adolescente; Utilizar linguagem adequada; Utilizar o recurso, por exemplo de um diário;	

TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	Técnicas de relaxamento, respiração lenta, camisola favorita, ouvir musica, fotos, facultar telefone, diário, relatório pessoal, escrita e desenho.

(Adaptado de Ali, 2014; Barros, 2003; Monroe, 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2013; Papalia, Olds, & Feldman, 2009; Rodrigues, Teles, & Carvalho, 2012; Rogers, 2014; Saewyc, 2014; Srouji, Ratnapalan, & Schneeweiss, 2010; Wilson, 2014b, 2014a)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ali, T. (2014). *Using video games for decreasing pain caused by acute painful crisis in adolescents with sickle cell pain.* Wayne State University. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2013134332&site=ehost-live

Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestao dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *13*, 43–51. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a06.pdf

Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1–20). Loures: Lusodidacta.

Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., p. 1903). Loures: Lusociência.

Monroe, R. A. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Pré-Escolar e da Família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., p. 1903). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. *Cadernos OE* (Cadernos O, Vol. 1). Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf

Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2009). *O mundo da criança. Da infância à adolescência* (11ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill.

Rodrigues, H., Teles, A., & Carvalho, I. P. (2012). Entrevista com a criança doente. In R. M. C. (Cord.) (Ed.), *Competências Clínicas de Comunicação* (p. 359). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Rogers, C. C. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Escolar e da Família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., p. 1903). Loures: Lusociência.

Saewyc, E. (2014). Promoção da Saúde do Adolescente e da Família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., p. 1903). Loures: Lusociência.

Srouji, R., Ratnapalan, S., & Schneeweiss, S. (2010). Pain in Children : Assessment and Nonpharmacological Management. *International Journal of Pediatrics*, *2010*, 11 p. http://doi.org/10.1155/2010/474838

Wilson, D. (2014a). Promoção da Saúde da Criança em Idade Toddler e da Família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., p. 1903). Loures: Lusociência.

Wilson, D. (2014b). Promoção da Saúde do Lactente e da Família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., p. 1903). Loures: Lusociência.

Apêndice VI – Estudo de Caso - LF

ESTUDO DE CASO

Caso LF

Data: 29/11/2016

1. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: LF

Idade: 17 Anos

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 05/05/1999

Local de Nascimento: Lisboa

Raça ou grupo étnico: Caucasiano

Habitação: Apartamento, com 3 quartos

Nacionalidade: Português

Naturalidade: Lisboa

Nível Socioeconómico: Baixo-médio

Nível de Escolaridade: frequenta o 12º ano de informática de gestão

Religião: católico não praticante

2. ANAMNÉSE

1.1 QUEIXA PRINCIPAL

Dor abdominal nos quadrantes inferiores, de agravamento progressivo, seguida de um vómito e depois febre (38,5ºC)

1.2. DOENÇA ATUAL

Peritonite em adolescente com insuficiência renal crónica em diálise peritoneal. A realizar antibioterapia e a diálise peritoneal em ciclos manuais.

1.2.1 Transição atual

Transição saúde-doença, situacional, desenvolvimento.

1.2.1.1 Condições da Transição

O processo de diálise foi alterado de um automático noturno para ciclos manuais de 4/4h.

1.3 ANTECEDENTES PESSOAIS

1.3.1 História do Parto (gravidez, trabalho de parto e parto, história perinatal)

Diagnóstico pré-natal de Rim esquerdo multiquístico, Pielonefrite aguda + Insuficiência Renal Crónica período neonatal, Rim direito hipoplásico, involução Rim esquerdo displásico aos 6 meses de vida.

1.3.2 Doenças prévias, lesões ou cirurgias anteriores

Diálise peritoneal desde 7/3/2016, trocado prolongador a 22/11/2016.

1.3.3 Alergias

Nega.

1.3.4 Medicação atual

Cefazolina, ceftazidima, nistatina.

1.3.5 Imunizações

Atualizadas.

1.3.6 Hábitos

Como atividades de lazer prefere jogar na *playstation* e no computador.

1.4 HISTÓRIA MÉDICA FAMILIAR

Sem antecedentes no núcleo familiar.

1.5 HISTÓRIA SEXUAL

Nega.

1.5.1 Composição familiar

Vive com a mãe, padrasto e irmã, com quem diz ter uma relação próxima. O pai vive com uma companheira e o respetivo filho. Refere ver o pai a cada duas semanas.

1.5.2 Ambiente em casa e na comunidade

Mãe refere que ele passa muito tempo no quarto, na medida em que realiza a diálise desde as 19h às 07h. Têm apoio de diversos elementos de familiares mais próximos.

1.5.3 Ocupação e educação dos membros da família

A mãe é encarregada num supermercado e a irmã está no 6º ano.

1.5.4 Tradições culturais e religiosas

Negam.

1.5.5 Função da família e relacionamentos

A mãe é o elemento parental presente no dia-a-dia do jovem e com intervenção no processo de transição de doença.

1.6 PROCESSO DE PARENTALIDADE

A família refere dificuldade na gestão dos seus papeis e das transições simultâneas, de doença, mas também de desenvolvimento do jovem, da aquisição da a sua autonomia.

1.6.1 Condições do Processo de Parentalidade

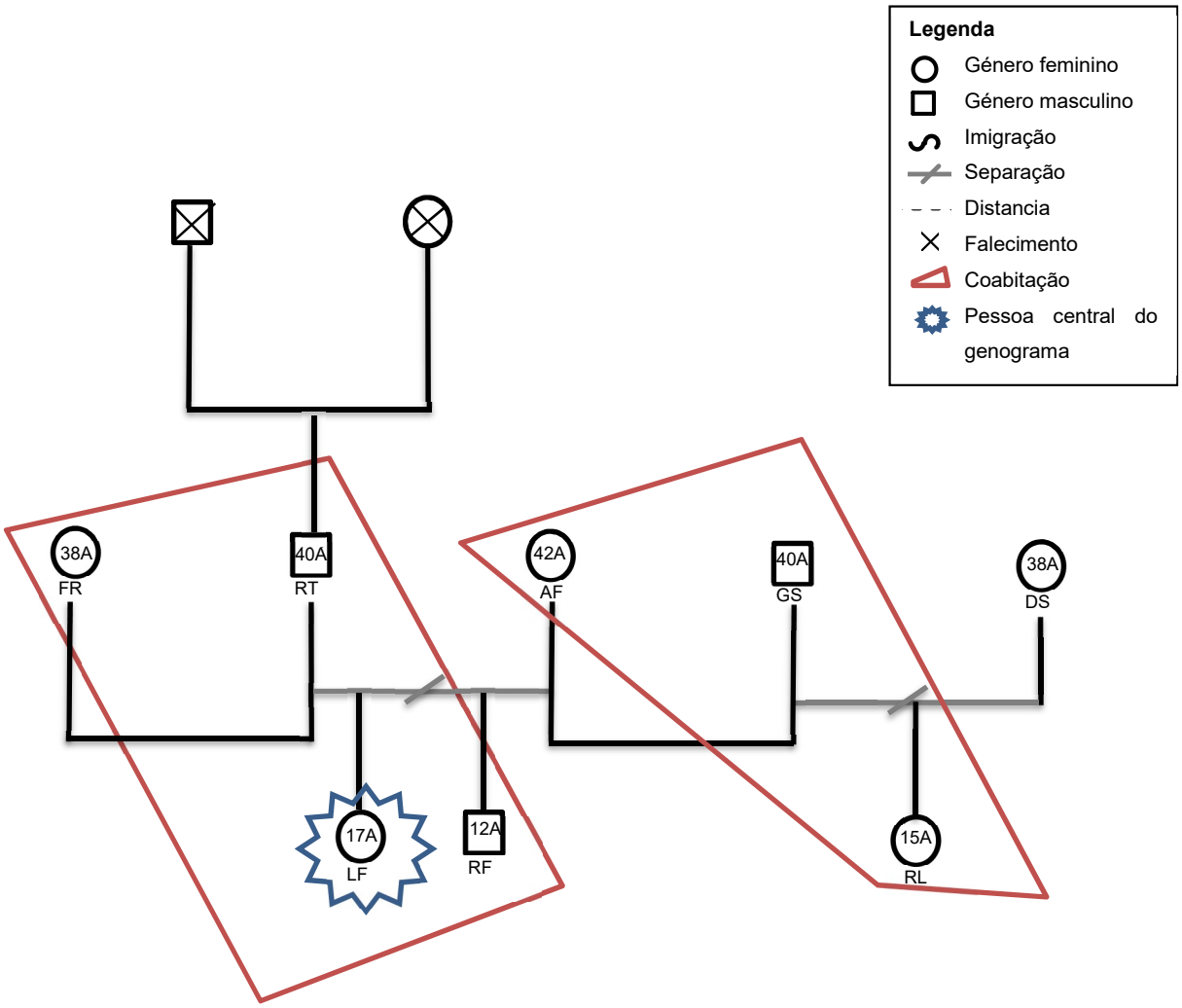
São condições dificultadoras, os condicionantes relacionados com este processo de doença crónica, nomeadamente a limitação física que o jovem vive diariamente ao estar ligado à máquina impedindo de realizarem as refeições em conjunto, o processo de luto face à doença em que o jovem e família vivenciam estando na fase de negação.

1.7 HISTÓRIA NUTRICIONAL

1.7.1 Ingestão dietética

Refere ingestão substancial de hidratos de carbono e proteínas com ênfase na carne.

2. GENOGRAMA


Legenda
Género feminino
Género masculino
Imigração
Separação
Distancia
Falecimento
Coabitação
Pessoa central do genograma
38A
FR
40A
RT
42A
AF
40A
GS
38A
DS
17A
LF
12A
RF
15A
RL

3. PLANO DE CUIDADOS

(elaborado de acordo com a classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®)

DATA	DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA	RESULTADOS ATINGIDOS
29/11/2016	Crise Familiar	Crise melhorada	• Vigiar sinais de crise da mãe; • Conversar com a mãe sobre a situação vivida; • Permitir que a mãe partilhe as emoções; • Observar a interação da mãe e o LF; • Providenciar momentos de privacidade entre a mãe e o LF.	29/11/2016	A mãe apresenta alguns sinais de cansaço e frustração na gestão dos cuidados do LF. Eles apresentam dificuldade na gestão dos seus papéis na dinâmica familiar, exercendo o LF um papel de poder, contrastando com uma grande dependência da mãe na gestão da terapêutica. Conversado com ambos a importância da aquisição da autonomia no domicilio.

29/11/2016	Alimentação Comprometida	Alimentação melhorada	• Monitorização nutricional; • Questionar o LF acerca dos seus hábitos e preferências alimentares • Negociar com o LF uma dieta semanal, equilibrada e tendo em conta as suas preferências. • Dar ao LF. a possibilidade de escolher os alimentos dentro da dieta planeada; • Oferecer alimentos ao LF de forma criativa.	29/11/2016	O LF relatou que priori à introdução da diálise peritoneal tinha uma dieta muito restritiva e que se recusou a cumprir. O seu estado agravou tendo necessitado de evoluir para a diálise peritoneal. Neste momento o seu discurso indica que não se abstém de quaisquer alimentos. Reforçada a importância da implementação de um plano alimentar ajustado aos gostos dele e às condicionantes da sua doença.

29/11/2016	Autoestima comprometida	Autoestima melhorada	• Avaliar a autoestima do LF; • Ajudar o LF a identificar os seus aspetos positivos; • Promover o contacto com os outros jovens de forma a sentir-se integrado no serviço.	29/11/2016	O LF apresenta algum isolamento social. Relatou o seu dia-a-dia em casa e as condicionantes causadas pela necessidade de estar 12 horas conectado ao equipamento de diálise. O seu discurso indica que ainda não aceitou a doença e não compreende as reais implicações futuras se não aderir à gestão terapêutica e alimentar.

29/11/2016	Risco de Compromisso do Sistema Renal	Sistema Renal melhorado	• Monitorizar diariamente peso; • Gestão nutricional e hídrica; • Promoção da higiene das mãos; • Vigiar o local peri cateter; • Vigiar sinais e sintomas de agravamento da peritonite (queixas abdominais, febre, náuseas, diarreia, liquido extraído turvo); • Gestão da medicação (antibioterapia).	29/11/2016	O Local peri cateter apresenta-se limpo e seco e sem sinais inflamatórios. Sem sinais e sintomas sugestivos de agravamento da peritonite. O LF e a mãe apresentam bons conhecimentos relativos aos cuidados de higiene relativamente ao manuseamento do cateter.

29/11/2016	Aprendizagem de capacidades (família)	Capacidade melhorada	• Explicar as diferenças da diálise peritoneal ambulatória contínua da diálise peritoneal automatizada; • Explicar os sinais de alarme na pele na região peri cateter; • Promover a participação do LF no procedimento; • Questionar sobre as dinâmicas no domicílio na gestão da diálise peritoneal automatizada; • Planeamento em parceria com o LF e mãe da gestão do tratamento no domicilio, promovendo a autonomia do LF.	29/11/2016	O LF refere alguma ansiedade no manuseamento do equipamento no domicilio sem a supervisão da mãe. Elaborado em conjunto um instrumento de guia que permita o LF adquirir a sua autonomia no seu processo de doença bem como confiança. O LF apresenta bons conhecimentos do funcionamento da diálise peritoneal ambulatória contínua, mas pouco participativo.

Apêndice VII – Apresentação da Sessão: Transição na Parentalidade na Hospitalização da Criança

Transição na Parentalidade na Hospitalização da Criança

Dezembro, 2016

Estudante: Diana Costa
Orientadora: Enfermeira Madalena Oliveira
Professora: Mª José Pinheiro

OBJETIVOS

Parentalidade

- Identificar as transições vivenciadas pela criança e família na hospitalização da criança;
- Conhecer os cuidados de Enfermagem promotores da parentalidade na hospitalização da criança.

SUMÁRIO

Parentalidade

PARENTALIDADE

Parentalidade

Parentalidade definida como um conjunto de ações perpetuadas pelos adultos com poder parental às crianças com o objetivo da promoção do desenvolvimento das mesmas da forma mais plena que existe, recorrendo aos recursos existentes dentro e fora da família

(Cruz, 2005)

Compromisso da Parentalidade → Problema de saúde pública
Potenciais complicações ao longo da vida da criança, a nível da saúde física e mental

(Trillingsgaard, Maimburg, & Simonsen, 2015)

Crise na Família

Parentalidade

Hospitalização

- Stress
  - Criança
  - Família
- Transições
  - Saúde-Doença
  - Situacional
  - Desenvolvimento

(Sanders, 2014 & Meleis, 2000)

Transição

Parentalidade

Transições
- Saúde-doença
- Situacional
- Desenvolvimento

Propriedades
- Consciencialização
- Envolvimento
- Mudança e diferença
- Espaço temporal da transição
- Acontecimentos e pontos críticos

Condições
- Significados
- Crenças culturais
- Estatuto Socioeconómico
- Preparação e conhecimento

Como podemos promover a parentalidade?

(Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000)

Cuidados Centrados na Família

Parentalidade

Face ao diagnóstico
"É importante que os profissionais de saúde reconheçam a fase inicial de luto e adaptação que a família experiencia (…)" (Lewis & Noyes, 2006; cit. por Aburn & Gott, 2014)

"Pais referem um desejo de ter um papel de parceria com os profissionais de saúde" (Aburn & Gott, 2014)

O Reconhecimento da ansiedade e stress dos pais e valorização das suas interveções (Dashiff, Riley, Abdullatif, & Moreland, 2011)

(Sanders, 2014 & Meleis, 2000)

CCF - Informação

Parentalidade

- Necessidades, preferências e compressão, em continuidade
- Estado emocional
- Gestão da esperança
- Enfermeira de Referência
- Informação escrita e recursos

(Aburn & Gott, 2014)
(Kirk, Fallon, Fraser, Robinson, & Vassallo, 2014)

CCF – Respeito e Dignidade

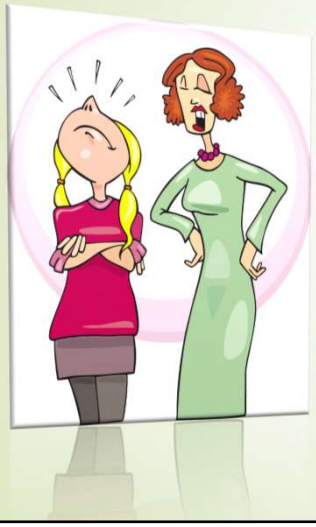
Parentalidade

- Os pais são os peritos nas capacidades e necessidades da criança
- Cultura
- Nível participação dos cuidados

(Jeglinsky, Autti-Rämö, & Brogren Carlberg, 2011)

CCF Aplicado

Parentalidade



- Postura colaborativa
- Gestão da ansiedade
- Reforço positivo
- Promoção da autonomia

(Dashiff, Riley, Abdullatif, & Moreland, 2011)

Referências Bibliográficas

Parentalidade

- Aburn, G., & Gott, M. (2014). Education given to parents of children newly diagnosed with acute lymphoblastic leukemia: The parent's perspective. *Pediatric Nursing*, *40*(5), 243–256. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25929116
- Brenner, M. (2013). A need to protect: parents' experiences of the practice of restricting a child for a clinical procedure in hospital. *Comprehensive Pediatric Nursing*, *36*(1–2), 5–16. http://doi.org/10.3109/01460862.2013.768312
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade* (1ª ed). Coimbra: Quarteto.
- Dashiff, C., Riley, B. H., Abdullatif, H., & Moreland, E. (2011). Parents ' Experiences Supporting Self-Management of Middle Adolescents With Type 1 Diabetes Mellitus. *Pediatric Nursing*, *37*(6), 304–310.
- Jeglinsky, I., Autti-Rämö, I., & Brogren Carlberg, E. (2011). Two sides of the mirror: Parents' and service providers' view on the family-centredness of care for children with cerebral palsy. *Child: Care, Health and Development*, *38*(1), 79–86. http://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01305.x
- Kirk, S., Fallon, D., Fraser, C., Robinson, Gg., & Vassallo, G. (2014). Supporting parents following childhood traumatic brain injury: A qualitative study to examine information and emotional support needs across key care transitions. *John Wiley & Sons Ltd, Child: Care, Health and Development*, *41*(2), 303–313. http://doi.org/10.1111/cch.12173
- McElfresh, P., & Merck, T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., p. 1903). Loures: Lusociência.

Referências Bibliográficas

Parentalidade

- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, *23*(1), 12–28. http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006
- Mortensen, J., Simonsen, B. O., Eriksen, S. B., Skovby, P., Dall, R., & Elklit, A. (2015). Family-centred care and traumatic symptoms in parents of children admitted to PICU. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *29*, 495–500. http://doi.org/10.1111/scs.12179
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em situações de Doença e Hospitalização. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., p. 1903). Loures: Lusociência.
- Trillingsgaard, T., Maimburg, R. D., & Simonsen, M. (2015). The Family Startup Program : study protocol for a randomized controlled trial of a universal group-based parenting support program. *BioMed Central Journals*, *15*(409), 1–11. http://doi.org/10.1186/s12889-015-1732-3
- Willard, V., Qaddoumi, I., Zhang, H., Huang, L., Russell, K., Brennan, R., … Phipps, S. (2016). A longitudinal investigation of parenting stress in caregivers of children with retinoblastoma. *Pediatric Blood & Cancer*, (September), 1–7. http://doi.org/10.1002/pbc.26279
- Wilson, V., & Chando, S. (2014). Parental experiences with a hospital-based bead programme for children with congenital heart disease. *Journal of Clinical Nursing*, *24*, 439–446. http://doi.org/10.1111/jocn.12621

Apêndice VIII – Contactos e Informações Úteis

CONTATOS E INFORMAÇÕES ÚTEIS

DOENÇA RARA

⇒ RARÍSSIMAS

RARÍSSIMAS – Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras – foi fundada em abril de 2002, com a missão de apoiar doentes, famílias, amigos de sempre e de agora que convivem de perto com as doenças raras.

- *http://www.rarissimas.pt/*

HEMATOLOGIA

⇒ ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA CONTRA A LEUCEMIA

A **Associação Portuguesa Contra a Leucemia** foi fundada em 2002 por um conjunto de doentes que sobreviveram a patologias do foro Hemato-Oncológico (leucemias e linfomas) e de um grupo de médicos do Instituto Português de Oncologia de Lisboa que os trataram. A Associação tem como missão contribuir, a nível nacional, para aumentar a eficácia do tratamento das leucemias e outras neoplasias hematológicas.

- *http://www.apcl.pt/*

⇒ FUNDAÇÃO RUI OSÓRIO DE CASTRO

Instituição Particular de Solidariedade Social e de Utilidade Pública que tem como objetivo apoiar, proteger e promover o bem-estar físico e emocional das crianças com cancro, dedicando-se, essencialmente, às áreas informativa e científica.

- *http://www.fund-ruiosoriodecastro.org/homepage.aspx*

⇒ LIGA PORTUGUESA CONTRA O CANCRO

Entidade de referência nacional no apoio ao doente oncológico e família, na promoção da saúde, na prevenção do cancro e no estímulo à formação e investigação em oncologia.

- *https://www.ligacontracancro.pt/*

NEUROLOGIA

⇒ ASSOCIAÇÃO SPINA BÍFIDA E HIDROCEFALIA DE PORTUGAL

A ASBIHP, **Associação Spina Bífida e Hidrocefalia de Portugal** é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que apoia pessoas com Spina Bífida ou Hidrocefalia e suas famílias.

- *http://www.asbihp.pt/wp/?p=206*

NEFROLOGIA

⇒ A CRIANÇA E O RIM

A Criança e Rim é um grupo informal de crianças, jovens, pais, familiares, amigos e profissionais de saúde que de forma direta ou indiretamente, convivem no seu dia-a-dia com doenças renais.

- *http://criancaerim.blogspot.pt/*

⇒ ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE INSUFICIENTES RENAIS

A **Associação Portuguesa de Insuficientes Renais** (APIR) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, não governamental, de âmbito nacional, com os objetivos principais: a ajuda moral, física, social e informativa, bem como a defesa dos direitos, regalias e interesses dos doentes renais portugueses.

- *http://www.apir.org.pt/*

ENDOCRINOLOGIA

⇒ ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), fundada em 1926, é uma instituição de prestação de cuidados de saúde globais e de proteção às pessoas com diabetes, numa zona de influência correspondente ao território nacional e com ligações no campo assistencial, de investigação e formativo a várias instituições e organizações internacionais.

- *http://www.apdp.pt/*

⇒ ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA CONTRA A OBESIDADE INFANTIL

A **Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil**, uma organização não governamental, fundada por uma comunidade de voluntários que se mobiliza em torno da responsabilidade de transmitir hábitos e estilos de vida mais saudáveis às crianças, especialmente daquelas com excesso de peso.

- *http://www.apcoi.pt/*

CUIDADOS PALIATIVOS

⇒ ASSOCIAÇÃO PARA A DIGNIDADE NA VIDA E NA MORTE

AMARA**, Associação para a dignidade na vida e na morte**, tem como um dos seus objetivos o acompanhamento psico-existencial de pessoas com doença crónica, avançada e progressiva e suas famílias, no domicílio, hospitais e outras instituições.

- *https://www.amara.pt/*

⇒ VAMOS CUIDAR - CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Vamos Cuidar, é uma plataforma desenvolvida pela IPSS aTTitude que tem como objetivo envolver toda a comunidade a fim de garantir que as crianças com necessidades de saúde complexas e as suas famílias terão acesso aos melhores cuidados possíveis, onde e quando for necessário. Disponibiliza informação/formação a profissionais para que se aumente a oferta especializada nesta área.

- *http://cuidandojuntos.org.pt/site/*

OUTROS CONTATOS

⇒ INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA

Desde março de 1983 que o **Instituto de Apoio à Criança** tem desenvolvido esforços no sentido de apoiar e divulgar o trabalho de todos aqueles que se preocupam com a procura de novas respostas para os problemas da infância em Portugal, assumindo-se como promotor e defensor dos Direitos da Criança, junto de diferentes entidades, instituições e da comunidade em geral.

- *http://www.iacrianca.pt/*

⇒ FUNDAÇÃO DO GIL

Tem como missão a promoção do bem-estar clínico, social e emocional das crianças e jovens doentes, através da criação de estruturas de apoio que lhes permitam melhorar a sua qualidade de vida, acelerar, em alguns casos, o regresso à família e sonhar com a possibilidade de recuperar em pleno os seus projetos de vida.

- *http://www.fundacaodogil.pt/*

⇒ TERRA DOS SONHOS

Instituição Particular de Solidariedade Social que tem como principal atividade a realização dos sonhos de crianças e jovens diagnosticados com doenças crónicas e/ou em estado avançado de doença, crianças e jovens carenciados e idosos, como forma de transmitir uma mensagem de esperança na possibilidade de realização dos seus objetivos mais inspiradores, independentemente de circunstâncias, condicionamentos e limitações.

- *http://www.terradossonhos.org/*

⇒ ACREDITAR

É uma rede de partilha e de afetos feita de crianças, jovens, pais e amigos. Estamos juntos desde 1994 para enfrentar da melhor maneira as dinâmicas que o cancro infantil impõe, tentando proporcionar a todos a certeza de apoio num momento de incertezas.

- *http://www.acreditar.org.pt/pt/base1/1*

Apêndice IX – Plano da Sessão: Transição na Parentalidade na Hospitalização da Criança

PLANO DA SESSÃO

Transição na Parentalidade na Hospitalização da Criança

Formadora: Enfermeira Diana Costa

Orientadora: Enfermeira Madalena Oliveira

Data: 16 de dezembro de 2016

Duração: 20 minutos

Local: Serviço Pediatria Médica

Destinatários: Enfermeiros

Objetivos Gerais: Identificar as transições vivenciadas pela criança e família na hospitalização da criança; Conhecer os cuidados de Enfermagem promotores da parentalidade na hospitalização da criança.

Objetivos Específicos	Conteúdos	Duração
Enquadrar a sessão, o tema e a sua pertinência	Apresentar o formador e os formandos	2’
Definir o conceito utilizado de parentalidade	O conceito de parentalidade Diagnóstico de parentalidade na CIPE Consequências relacionadas com a parentalidade	2’
Identificar as transições vividas pela criança e família	Transições segundo *Afaf Meleis* O Stress vivido pela família As propriedades da transição Condições da transição	5’
Discutir os cuidados centrados na família	Os elementos que compõem os cuidados centrados na família Apresentação de um caso	5’
Promover a partilha de ideias e experiências entre os vários profissionais	Espaço de discussão Entrega do dossier e apresentação do mesmo.	6’

Apêndice X – Avaliação da ação de formação para colegas enfermeiros

AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO PELOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO PEDIATRIA MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO
Tema: Transição na Parentalidade na Hospitalização da Criança

Assinale com uma cruz ☒ a opção que melhor se ajusta à sua opinião

PROGRAMAÇÃO DA AÇÃO			
		1 2 3 4 5	
Objetivos da Ação	Confuso	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Muito claros
Conteúdos da Ação	Inadequado	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Completamente adequados
Utilidade do Tema	Inaplicável	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Totalmente aplicáveis

FUNCIONAMENTO DA AÇÃO			
		1 2 3 4 5	
Motivação e participação	Ausente	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Plena
Meios áudio visuais	Escassos	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Excelentes
Documentação	Inadequada	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Adequada na Totalidade

QUALIDADE DA AÇÃO			
		1 2 3 4 5	
Disponibilidade	Insuficiente	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Muito bom
Conhecimento	Insuficiente	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Muito bom
Clareza de Exposição	Insuficiente	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Muito bom
Esclarecimento de dúvidas	Insuficiente	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Muito bom

Apêndice XI – Planeamento das Consultas Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

4 MESES

PARÂMETROS A AVALIAR

Tabela 1 - Parâmetros a Avaliar aos 4 meses (adaptado do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013)

Alimentação	Vitamina D	Posição de deitar	Hábitos de sono
Hábitos intestinais e cólicas	Desenvolvimento	Acidentes e segurança	Sintomas e sinais de alerta
Sinais/ sintomas comuns	Vacinação – vantagens e reações	Vida na creche/ ama/ outros atendimentos	Relação emocional

ESCALA DE MARY SHERIDAN

Tabela 2 - Avaliação da Escala de Mary Sheridan aos 4 Meses (adaptado do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013)

Postura e Motricidade global	Em decúbito ventral – apoio nos antebraços. Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados. Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita. De pé – flete os joelhos, não faz apoio.
Visão e Motricidade Fina	Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas. Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. Apresenta convergência ocular.

	Faz pestanejo de defesa.
Audição e Linguagem	Atende e volta-se geralmente aos sons.
Comportamento e Adaptação Social	Sorri. Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar.
Sinais de Alarme	Não fixa, nem segue objetos. Não sorri. Não há qualquer controlo da cabeça. Tem as mãos sempre fechadas. Tem os membros rígidos em repouso. Apresenta sobressalto ao menor ruído. Chora e grita quando se toca. Pobreza de movimentos

TOUCHPOINT - BRAZELTON

(Adaptado de Brazelton, 2013)

- Alimentação – O bebé nesta fase tem um interesse súbito pelo que acontece ao seu redor, o que pode originar distração durante o período da mamada/alimentação.
- Sono – O bebé está a aprender a prologar o período de sono noturno até oito horas, podendo acordar durante a noite, mas desenvolvendo a capacidade de se reconfortar a si próprio.
- Dentição – A dentição pode surgir a partir desta idade, e muitas vezes é associada como fator causador do desconforto do bebé, deve se excluir outras causas.
- A comunicação – Os bebés no 5º mês desenvolvem um processo cognitivo de causalidade (se fizer algo, obtenho determinado resultado).
- A aprendizagem – É importante providenciar oportunidades para que o bebé brinque durante as rotinas diárias. Bem como encorajar o interesse pela manipulação de objetos. (Brazelton, 2013)

5 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR

Tabela 3 - Parâmetros a Avaliar aos 5 Anos (adaptado do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013)

Tensão Arterial	Postura	Dentição	Visão
Audição	Exame físico	Linguagem/ Dificuldades específicas da aprendizagem	Desenvolvimento
Vacinação	Relação emocional/ comportamento (perturbações)	Risco de Maus Tratos	Segurança do ambiente

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

(Adaptado de DGS, 2013)

- ✓ Alimentação
- ✓ Saúde oral
- ✓ Infantário/escola
- ✓ Desenvolvimento*
- ✓ Relação emocional/comportamento (perturbações)
- ✓ Acidentes e segurança
- ✓ Atividades desportivas e culturais – tempo livre
- ✓ Hábitos de sono

ESCALA DE *MARY SHERIDAN*

Tabela 4 - Avaliação da Escala de Mary Sheridan aos 5 anos (adaptado do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013)

Postura e Motricidade Global	Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax. Salta alternadamente num pé.
Visão e Motricidade Fina	Constrói 4 degraus com 10 cubos. Copia o quadrado e o triângulo. Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores.
Audição e Linguagem	Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.
Comportamento e Adaptação Social	Veste-se sozinho(a). Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). Escolhe o(a)s amigo(a)s. Compreende as regras do jogo.
Sinais de Alarme	É hiperativo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração. Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. Tem estrabismo ou suspeita de défice visual. Apresenta perturbação do comportamento.

TOUCHPOINT – BRAZELTON

(adaptado de Brazelton & Sparrow, 2010)

- Temperamento: a aceitação dos pais sobre a personalidade do seu filho aumenta a probabilidade de autoaceitação da criança.
- Aprendizagem
    - Pesadelos e novos medos: os rapazes têm maior dificuldades em gerir os seus novos sentimentos agressivos e de competição. Por sua vez as raparigas, são menos pressionadas e enfrentar os seus medos. A identificação e compreensão da razão que está por base do medo pode ajudar a criança a ultrapassá-lo.
    - Adeus à fantasia: passagem dos sonhos à realidade.
    - Faz-de-conta: as brincadeiras têm um objetivo, através da aprendizagem de papéis por representação.
- Desenvolvimento moral
    - Viver com sentimentos de raiva.
    - Da consciência à empatia: a criança passa a ser consciente do efeito das suas ações.
    - Disciplina.
- Relações
    - Ajudar: atribuir responsabilidades à criança em casa.
    - Autoestima e elogios: reforçar a criança para a sua motivação, encontrando um meio termo.
    - Alternar de um pai para o outro: é normal a criança aproximar-se de um pai em detrimento do outro.
- Separação e independência
    - Enfrentar provocações: os pais já não são as únicas fontes de autoestima, têm de aprender a gerir influências negativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brazelton, T. B. (2013). *O grande livro da criança* (13ª ed.). Barcarena: Editorial Presença.

Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2010). *A criança dos 3 aos 6 anos: o desenvolvimento emocional e do comportamento* (5ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Direção Geral de Saúde*, 1–107.

Apêndice XII – Programa de Reflexão sobre a parentalidade: O Futuro Começa Hoje

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Programa de reflexão sobre parentalidade

Elaborado por:

Diana Carolina Benildes Costa n.º 6786

Lisboa

Fevereiro, 2017

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Programa de reflexão sobre parentalidade

Elaborado por:

Diana Carolina Benildes Costa n.º 6786

Orientado por:

Profª Maria José Pinheiro

Colaboração:

Profª Sílvia Martins

Lisboa

Fevereiro, 2017

“Tell me and I forget, teach me and I may remember, involve me and I learn.”

Benjamin Franklin

LISTA DE SIGLAS

APAV Associação de Apoio à Vítima

ICN *International Council of Nurses*

PET *Parent Effectiveness Training*

UMAR União de Mulheres Alternativa e Resposta

ÍNDICE

1. O PROGRAMA: O FUTURO COMEÇA HOJE 5

1.1 Enquadramento teórico 5

1.1.1 Parentalidade 5

1.1.2 Metodologia do programa 8

1.1.3 Educação para a saúde nas escolas 10

1.1.4 Objetivos do programa 11

1.1.5 Estrutura do programa 12

1.2 Considerações éticas 12

1.3 Implementação do programa 13

1.3.1 Grupo de Estudantes 13

1.3.2 Sessão 1 14

1.3.3 Sessão 2 16

1.4 Avaliação dos resultados 17

REFERÊNCIAS BILIOGRÁFICAS .....

APÊNDICES .....

APÊNDICE 1 – Conteúdos do programa .....

APÊNDICE 2 – Plano das sessões .....

APÊNDICE 3 – Materiais das sessões .....

1. O PROGRAMA: O FUTURO COMEÇA HOJE

O programa de reflexão sobre parentalidade foi denominado como “O Futuro começa hoje”, pela sua intencionalidade na promoção e consciencialização de comportamentos saudáveis na construção das futuras famílias dos jovens.

Neste capítulo será apresentada a fundamentação teórica deste programa, bem como o processo de construção do mesmo.

1.1 Enquadramento teórico

Os enfermeiros na sua prática profissional englobam a Educação para a Saúde, considerando algo essencial, na medida em que a aprendizagem se encontra no centro da capacidade do ser humano e condiciona as transições vivenciadas. O exercício de Educação para Saúde tem como base uma série de teorias, evidência e competências, que os Enfermeiros têm de desenvolver (Redman, 2003).

1.1.1 Parentalidade

A Parentalidade é definida como um conjunto de ações perpetuadas pelos adultos com poder parental às crianças com o objetivo da promoção do desenvolvimento das mesmas da forma mais plena que existe, recorrendo aos recursos existentes dentro e fora da família (Cruz, 2013). A autora acrescenta que este fenómeno inclui três componentes, comportamental, cognitivo e emocional.

A transição para a parentalidade, considerando a sua complexidade, exige dos pais um grande dispêndio emocional, cognitivo e físico (Coleman & Karraker, 1997). O que torna a parentalidade num dos papéis com mais significado na vida da família, o qual sem dúvida afeta os estilos de vida.

Desta forma é necessário preparar as pessoas para as exigências da parentalidade, e este é um processo que deve ser construído ao longo do tempo. Neste sentido proponho com este programa uma intervenção em adolescentes com o objetivo de facilitar uma intervenção precoce.

A relevância deste programa é sustentada pela evidência, em que é possível identificar uma prevalência de problemas comportamentais e emocionais das crianças na população geral bastante elevada. Num estudo realizado, aproximadamente 15% dos pais revelaram que o seu filho de 1 a 3 anos de idade apresenta problemas comportamentais ou emocionais no ramo subclínico ou clínico, e que estes problemas representam dificuldades para os pais e risco no desenvolvimento de problemas persistentes para o futuro destas crianças (Briggs-Gowan, et al., 2001; cit. por Solmeyer, Feinberg, Coffman, & Jones, 2014). O que vai ao encontro de outros achados, em que é demonstrado que as crianças com dificuldades de comportamento no início da infância estarão em risco de desenvolver problemas mais sérios posteriormente, como comportamento antissocial ou insucesso escolar (Breslau, et al., 2009; Caspi, et al., 1996; cit. por Solmeyer et al., 2014)

Deste modo, a prevenção é fundamental para a redução dos problemas comportamentais e emocionais, bem como para a promoção do desenvolvimento positivo da criança (Solmeyer et al., 2014). Assim, esta intervenção deverá ocorrer no seio familiar, na medida em que a parentalidade é o primeiro ambiente de socialização para criança, desta tal deverá ocorrer através de um processo metódico de aprendizagem e de desenvolvimento de competências emocionais, cognitivas e comportamentais.

Atualmente, a evidência demonstra, através da realização de alguns estudos, com a implementação de cursos com esta filosofia que os ganhos em saúde para as crianças e famílias são inúmeros. Tendo alguns destes estudos sido transpostos para programas já em prática como a "*Nurse–Family Partnership*" (Olds et al. 1998) e "*Incredible Years*" (WebsterStratton and Reid 2003), em que ambos se centram na parentalidade e têm demonstrado evidência do impacto positivo nas crianças e famílias (Solmeyer et al., 2014), sendo que o segundo já foi testado em Coimbra. Em complemento estas competências não devem ser centradas apenas a crianças mas também no próprio casal, na medida em o estudo realizado por Halford & Petch (2010), demonstrou que a relação entre o casal é fator chave nas competências parentais face à criança, nomeadamente no desenvolvimento da sensibilidade e responsabilidade no início da vida.

Desta forma é essencial a promoção do relacionamento saudável dos casais, bem como a prevenção da violência, nomeadamente a violência no namoro, em que a Associação de Apoio à Vítima (APAV, n.d.) define como

> "Um ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um dos parceiros (ou por ambos) numa relação de namoro, com o objetivo de controlar, dominar e ter mais poder do que a outra pessoa envolvida na relação".

Atualmente a violência no namoro é considerada como um problema de saúde pública, e está contemplada no enquadramento legal Português desde 2007, nomeadamente na alínea b) do artigo 152.º do Código Penal, após alteração introduzida pela Lei nº59/2007 que consagra que

> "Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais: b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação".

A União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR), nos anos 2015 e 2016, realizou um estudo que abrangia 2500 jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos (média de idades 14 anos) e que decorreu nos distritos do Porto, Braga e Coimbra (Guerreiro et al., 2016).

A UMAR após uma análise temporal conclui que existe um aumento das questões de vitimização, no entanto realça que os resultados poderão indicar um aumento da consciência dos jovens sobre os comportamentos violentos (Guerreiro et al., 2016).

Os resultados do presente estudo indicam que 5% dos jovens referem terem sido vítimas de pelo menos uma vez de agressão física, 13% de terem sido proibidos de estar/falar com colegas, 6% de terem sido pressionadas para beijar em público, 3% de terem sido pressionados para relações sexuais, entre outros resultados (Guerreiro et al., 2016).

Neste sentido, a preparação, o conhecimento e as competências são consideradas condições que podem facilitar ou inibir a transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). De fato, preparação de forma antecipada para lidar com a nova situação pode facilitar a transição, em que por sua vez o oposto, a falta de preparação, parece ser um fator (Meleis et al., 2000).

1.1.2 Metodologia do programa

A aprendizagem pode ser definida "como uma mudança provocada num indivíduo por uma experiência e não inclui mudanças advindas do desenvolvimento" (Redman, 2003).

O processo de aprendizagem neste programa está direcionado para o público-alvo adolescentes e jovens adultos, o que implica estratégias de ensino direcionadas mais para adultos, em que o seu processo de ensino significa Andragogia, que vem do *andros* que significa homem e *agôgia* por sua vez a ação de conduzir, e que no seu conjunto consiste no processo de educação dos adultos, e que difere em muito da pedagogia tradicional. Uma vez que o adulto apresenta uma necessidade de saber e compreender a utilidade da aprendizagem, são responsáveis pelas suas ações e decisões, nesta situação a experiência prévia é relevante e a sua motivação está diretamente relacionada com a utilidade do conteúdo (Knowles, 1990; cit. por Canário, 1999).

A teoria de educação para a saúde pela qual está orientado este programa é a teoria de Conscientização de Paulo Freire, na medida em

> "O homem não cria a sua possibilidade de ser livre, mas aprende a efetiva-la e exerce-la. (…) impõe-se pensar e viver a "educação como prática da liberdade." (…) Dai que seja a Conscientização o aprofundamento da tomada de consciência, característica, por sua vez, de toda emersão" (Freire, 1994).

A temática deste programa está, de forma resumida, relacionada com a reflexão sobre a parentalidade, sendo que Frederic Medway (1989) considera que existem três grandes modelos de Educação Parental: o modelo reflexivo, o modelo comportamental e o modelo Adleriano.

O modelo reflexivo dá ênfase à tomada de consciência parental e à compreensão e aceitação dos sentimentos da criança. Dentro destes moldes, um programa com grande desenvolvimento é o *Parent Effectiveness Training* (PET), de Thomas Gordon (Medway, 1989).

Por sua vez, o modelo comportamental dirige a sua intervenção para o comportamento observável e as fatores ambientais que provocam influência de forma a manter os padrões de comportamento (Tavormina, 1975; cit. por Medway, 1989). Este modelo, assumindo a existência de uma dificuldade nas competências parentais,

tem como objetivo o treino de pais para a implementação de práticas, com o intuito de alterar o comportamento da criança (Medway, 1989).

O modelo Adleriano enfatiza o desenvolvimento psicológico e comportamental da criança, consequências naturais e esperadas, respeito mútuo e técnicas de encorajamento (Mullis, 1999).

Todos os modelos assentam num suporte empírico, e a seleção dos mesmos deverá ter em consideração o objetivo dos mesmos relativos aos pais.

Frederic Medway (1989) exemplifica, num programa, em que o objetivo compreende a promoção das atitudes parentais ou da criança, que os programas não comportamentais poderão ser a escolha mais apropriada, nomeadamente o modelo reflexivo (Medway, 1989).

Tal como referido, um dos exemplos no modelo reflexivo foi o PET desenvolvido por Thomas Gordon (1970) com o intuito de fornecer um suporte aos pais na educação dos seus filhos, realçando a exigência e dificuldade existente no desenvolvimento da competência parental. Este programa estava inicialmente dirigido a pais que apresentavam dificuldades nas competências parentais, mas na sua evolução abrangeu todos os pais ao adotar uma perspetiva preventiva, na medida em que assenta nas competências de comunicação pais-filhos e na resolução de conflitos, com o intuito do fortalecimento dos laços familiares.

O presente programa, desta forma, inscreve-se no modelo reflexivo, na medida em que assenta nos princípios da teoria da aprendizagem humanista de Carl Rogers (Medway, 1989), nomeadamente a educação, relação entre o casal, a resolução de conflitos a aceitação incondicional da pessoa, a escuta ativa e a relação de ajuda (Witty, 2007). Esta ligação decorre do fato de Carl Rogers defender a aprendizagem como um processo que incita mudança de comportamentos bem como tem influência nas atitudes futuras e na personalidade (Lopes & Pereira, 2006).

Neste programa, são também incluídos os conceitos presentes no modelo Adleriano, sobretudo a compreensão da criança, igualdade e respeito mútuo nas relações pais-filhos e comunicação eficaz (Medway, 1989).

O modelo comportamental será aquele que estará menos presente, na medida em que a sua eficácia está correlacionada com a modificação do comportamento da criança e no presente programa, não está pensado para adolescentes com filhos.

O modo de aprendizagem é um processo que pode ser construído de duas formas, através da receção ou ação, sendo que é preconizado para uma formação mais eficaz a aliança entre estes dois processos (Lopes & Pereira, 2006). Deste modo, o programa foi organizado em atividades que permitam que os formandos detenham o papel ativo no seu processo de aprendizagem, e intercalado com estas, o formador enunciará conceitos e fundamentos teóricos de forma a dar suporte às aprendizagens adquiridas em cada atividade. O que vai ao encontro do que é valorizado na andragogia e pedagogia, em que a aprendizagem deve ser ativa permitindo que o formando ultrapasse as dificuldades, através de atividades como debates, trabalhos de grupo, simulações reais, entre outros (Lopes & Pereira, 2006). Este processo de aprendizagem permite adequar a formação aos adolescentes, o público-alvo deste programa.

António Ribeiro e Lucie Ribeiro (cit. por Lopes & Pereira, 2006, p. 23) identificam alguns objetivos para a implementação de um método ativo, que permitem clarificar a pertinência do recurso do mesmo:

> "Objetivos cognitivos de análise, síntese e avaliação de ideias; aptidões e atitudes democráticas de participação e cooperação em grupo; aptidões de análise e resolução de problemas; clarificação e modificação de valores e atitudes; desenvolvimento de aptidões de comunicação oral."

Dentro deste processo de aprendizagem existem diversas técnicas, sendo que a seleção da mesma implica do formador um objetivo educativo, nomeadamente a dramatização, permite "desenvolver a empatia e a capacidade de desempenhar os papéis dos outros; analisar situações de conflito" (Lopes & Pereira, 2006)

1.1.3 Educação para a saúde nas escolas

A introdução da educação para saúde em contexto escolar teve com objetivo

> "dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo"(Direção-Geral da Educação, n.d. - a).

Em 1995 Portugal aderiu ao movimento da criação de Escolas Promotoras da Saúde (EPS), que consistem em escolas, que de uma forma sistemática desenvolvem

a sua capacidade de criar um ambiente saudável para a aprendizagem (Direção-Geral da Educação, n.d.-a). Nesta linha de orientação a Direção Geral da Educação criou o Programa de apoio à promoção e educação para a saúde em 2014, com enfoque nas áreas da Saúde Mental e Prevenção da Violência; Educação Alimentar e Atividade Física; Comportamentos Aditivos e Dependências e Afetos e Educação para a Sexualidade (Direção-Geral da Educação, n.d.-b).

No entanto a inclusão da educação sexual nos currículos do ensino básico e secundário já se encontra legislada desde 2009 com a entrada em vigor da Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto. Esta legislação prevê o estabelecimento de parcerias com outras entidades na área da educação para a saúde e educação sexual com o intuito de desenvolvimento de ações de formação (Artigo 9º, Alínea 1) (Ministérios da Saúde e da Educação, 2010).

Está presente na Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto os conteúdos a serem abordados, em que se salienta os que são contemplados por este presente programa.

No 3.º ciclo (7.º aos 9.º anos), pretende-se uma compreensão da noção de parentalidade no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável; e prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas. Por sua vez no Ensino secundário, são acrescidas as consequências físicas, psicológicas e sociais da maternidade e da paternidade de gravidez na adolescência e do aborto; e a prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas.

1.1.4 Objetivos do programa

Considerando a evidência apresentada resultante dos programas de parentalidade anteriores e os objetivos preconizados pelo Ministério da Educação este programa irá se focalizar de uma forma geral em duas grandes temáticas: o relacionamento entre o casal e os estilos parentais

Deste modo o presente programa foi desenhado considerando quatro objetivos gerais:

1. Promover o autoconhecimento;

2. Compreender os estilos parentais vividos e perspetivados, com o sentido da compreensão de que, se os seus modelos parentais não foram positivos, é possível alterar comportamentos (Hart, 1995);
3. Promover a assertividade e comunicação mais eficazes de forma a que compreendam que esta influência o desenvolvimento sócio emocional da criança (Gordon, 1970);
4. Promover o relacionamento saudável entre os casais jovens.

1.1.5 Estrutura do programa

O programa irá decorrer em duas sessões para jovens entre os 14-18 anos, com duas grandes temáticas: o namoro e os estilos parentais, onde predomina a metodologia ativa, nomeadamente para a avaliação. O planeamento de cada sessão contempla 4 atividades e estão desenhadas de forma dar resposta aos objetivos predeterminados.

No apêndice 1 são apresentadas todas as atividades planeadas, no apêndice 2 os planos de ambas as sessões, e por último no apêndice 3 as imagens dos materiais construídos utilizados na implementação do programa.

Realça-se que todas as fotografias presentes neste documento são de autoria própria e referentes à implementação do programa.

1.2 Considerações éticas

O *International Council of Nurses* (ICN) (2011) redigiu um enunciado de tomada de posição relativo aos Enfermeiros e direitos humanos (*Nurses and human rights*), em que defendem que os Enfermeiros têm uma obrigação de salvaguardar, respeitar e promover, de forma ativa, os direitos humanos à saúde, o tempo inteiro e em todos os lugares.

Neste sentido o programa foi aplicado no âmbito da uma parceria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa com a Escola Secundária de Camarate, sendo assim integrado no início do ano letivo 2016/2017 no programa educativo da turma.

Foi obtido o consentimento da Diretora da Escola, onde decorreu o programa bem como da Professora Orientadora deste Mestrado.

No decorrer do programa, este teve como observador passivo o professor da turma.

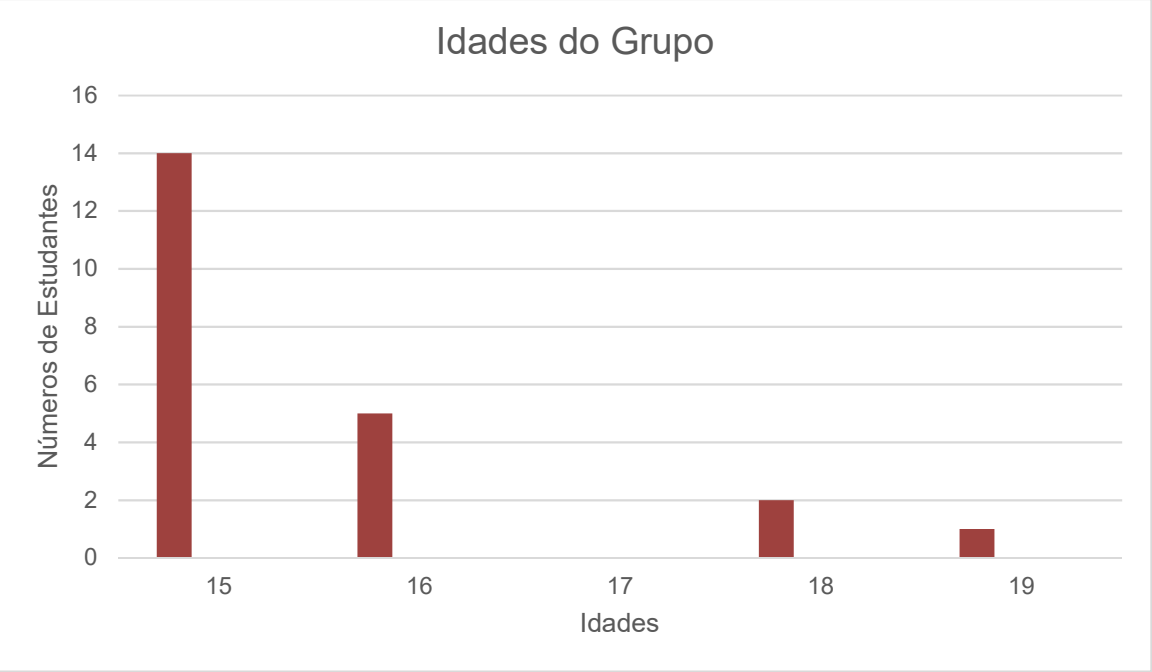
1.3 Implementação do programa

A implementação do programa decorreu em dois dias no mês de fevereiro de 2017 com um dia de intervalo entre si, numa escola secundária no conselho de Loures.

1.3.1 Grupo de Estudantes

O grupo de estudantes onde foi implementado o programa frequentava o 10º ano de escolaridade da área de Ciências e Tecnologias, incluía 22 estudantes, sendo 9 raparigas e 13 rapazes, com idade predominantemente 15 anos, como é demonstrado no seguinte gráfico que explicita a distribuição etária do grupo.

Figura I - Gráfico das Idades do Grupo

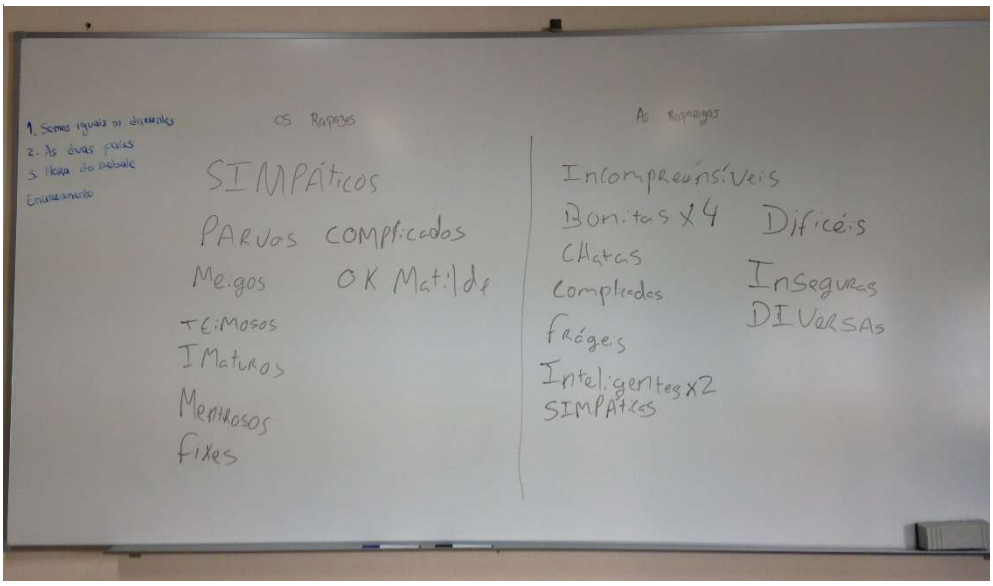


1.3.2 Sessão 1

A primeira sessão iniciou-se com a atividade do novelo de lã que permitiu uma aproximação com os estudantes e apresentarem-se. A analogia das ligações criadas pela lã, relacionadas com as relações que se criam no dia-a-dia foi facilmente percecionada pelos estudantes, concluindo os mesmos que “as suas ações têm influência nos outros.”

A atividade “Somos iguais ou diferentes”, alguns adjetivos foram repetidos nomeadamente a beleza nas raparigas. Na discussão dos adjetivos selecionados pela turma, os estudantes identificaram como estereótipos a imaturidade dos rapazes e a insegurança das raparigas. No entanto entendem que todos os adjetivos que constam naquela lista podem ser aplicados a ambos os géneros e que poderão ter influência na sua vida futura, a turma dá o exemplo, da insegurança na vida laboral pode condicionar o sucesso da mesma. Quando questionados, apresentam como proposta de resolução desta problemática o apoio e ajuda dos colegas. É desenvolvido este conceito de insegurança, e os estudantes identificam que podem existir momentos de insegurança em todos eles, reforçando a importância do apoio dos colegas.

Figura II - Quadro da atividade “Somos iguais ou diferentes”



A atividade “As duas faces” por gestão de tempo, foi realizada apenas com 8 estudantes e os restantes colegas observaram o *role play.* Após a primeira

apresentação a turma foi capaz de identificar os comportamentos predominantes: violência verbal e agressão física, bem como a ineficiência dos colegas a representarem o papel de vítima em se defenderem.

As escolhas nas discussões foram muito pertinentes, a hora de chegar a casa, os amigos, roupa, o telemóvel, o que demonstra alguma consciencialização sobre os comportamentos violentos associados a estes temas.

Após esta discussão, os estudantes trocaram de papéis, nesta segunda volta as vítimas já se mostraram mais ativas face à agressão.

No termino dos *role plays* os estudantes referiram ter sentido mais facilidade na representação do papel de agressor, na medida em que como vitimas não sabiam como se defender, sentindo-se indefesas.

Como propostas para a capacitação das vítimas de violência, os estudantes apresentaram o apoio dos amigos/família, policia, APAV.

A atividade "Hora do Debate" foi recebida com entusiasmo pelos estudantes, de forma que, por gestão de tempo, não houve oportunidade de apresentar todas as frases. A atividade permitiu aos estudantes argumentarem e discutirem estas temáticas entre si, o que possibilitou o reconhecimento do pensamento do grupo sobre os relacionamentos, bem como outras temáticas pertinentes, nomeadamente o *bullying*.

O encerramento da sessão com o círculo da confiança, permitiu aos estudantes após a agitação do debate, se sentarem e progressivamente ficarem mais tranquilos.

Ao início apresentaram alguma dificuldade em identificar elogios nos colegas, mas progressivamente foi fluindo e foi possível observar alguns reconhecimentos notórios, como a capacidade de ajudar o próximo, a preocupação pelo outro, entre outros.

1.3.3 Sessão 2

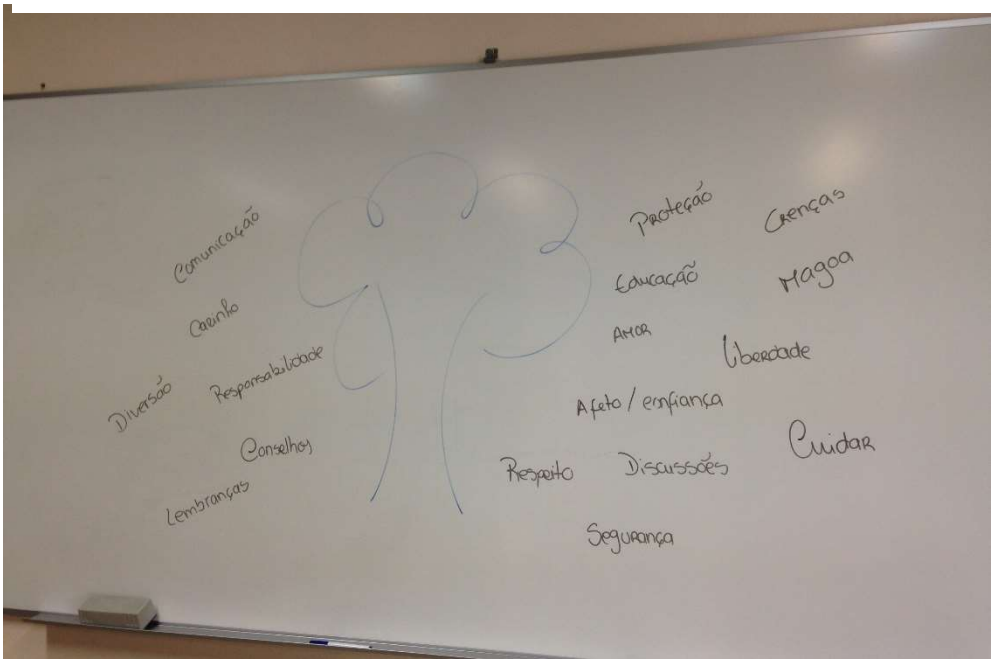
A segunda sessão foi iniciada com uma revisão da sessão anterior, foram esclarecidos os assuntos abordados no debate considerados pelo grupo mais polémicos. O grupo referiu como elementos positivos da sessão anterior o impacto que causou sobre eles, referindo ter promovido momento de reflexão entre eles, bem como a família sobre a temática.

Na atividade 1 “Ser pai antes e agora” o grupo partilhou as suas experiências de infância, identificando alguns elementos dos estilos parentais praticados. Alguns elementos conseguiram elaborar alguns problemas e consequências dos mesmos, nomeadamente a incapacidade de desenvolver resiliência. Outros elementos demonstraram alguma dificuldade na expressão das suas experiências, tendo sido inclusive para alguns vivido com alguma emoção, pela sua história familiar.

A atividade 2 foi realizada dentro do planeado, após cada par desempenhar o *role play* o grupo discutiu a interação, identificando no estilo parental permissivo a incapacidade para estabelecer regras, o que foi oportuno para a introdução da temática da importância das rotinas e regras. No estilo parental autoritário, o grupo salientou a comunicação do pai, como algo agressivo e sem probabilidade de resultado positivo nas respostas dadas pela criança. Por último o estilo democrático, os alunos concordaram unanimemente ser o estilo mais adequado, identificaram a capacidade de negociação e de responsabilização de ambas as partes.

Na terceira atividade, o grupo elaborou a sua árvore das palavras dentro da temática da família e parentalidade, tendo identificado corretamente as dimensões emocionais e cognitivas, apresentando apenas alguma dificuldade na nomeação da dimensão física.

Figura III - A Árvore das palavras



À priori ao término da sessão, proporcionou-se um momento de aprendizagem sobre a formação de novas famílias, com esclarecimento de dúvidas sobre comportamentos de risco, métodos contracetivos, e como utilizar os recursos de saúde.

1.4 Avaliação dos resultados

A metodologia selecionada para avaliação do programa foi a criação de uma imagem representativa de uma mala de viagem onde os alunos colocaram *post its* com frases ilustrativas: do que aprenderam, o que gostaram, o que significou este programa.

As respostas apresentadas foram analisadas de forma qualitativa destacando-se cinco grandes temáticas avaliadas pelos estudantes: Benefício/compreensão da relação com os pais; Valorização da participação ativa dos estudantes; Valorização da formadora; Novas aprendizagens; Desenvolvimento da capacidade de argumentação. Na figura V é possível consultar a respostas dos estudantes e a respetiva temática.

Figura IV - Bagagens do Programa

Figura V – Análise qualitativa das frases dos Estudantes

Benefício/ compreensão da relação com os pais	*"Acho que as atividades praticadas nestas sessões, ajudaram-nos a perceber como melhorar ou resolver situações com nossos pais e namoradas/namorados. Estas sessões foram divertidas"* *"Aprendi a respeitar mais as pessoas e os meus pais"* *"Adorei a atividade mostrou que temos de entender os dois lados de uma relação mesmo acreditando ou não, compreender que os pais desejam sempre o melhor para nós mesmo não demonstrando da melhor maneira. Adorei."* *"Ajudou a perceber os pais"* *"Consegui perceber o que os meus pais sentem, e a dificuldade de dizer não"* *"Gostei de falar da relação que tenho com os pais"* *"Eu gostei. Ajuda-me a refletir a relação que tenho com os meus pais"* *"Consegui perceber o que os meus pais sentem, e a dificuldade de dizer não"*
Valorização da participação ativa dos estudantes	*"Gostei de tudo, os jogos, a conversa"*

	"Gostei das 2 sessões porque houve atividades, onde todos participamos com muito dinamismo. Gostei quando discutimos acerca dos assuntos!" *"Acho que esta atividade é muito criativa e divertida"* *"Eu gostei muito das atividades e aprendi muito com estas atividades"* *"Gostei. Tudo menos debate"* *"Gostei por que não foi uma palestra secante"* *"Gostei das atividades. Basicamente gostei de tudo"* *"Eu achei esta atividade bem interessante, pois houve oportunidade de aprendermos e expressarmo-nos sobre a nossa opinião"* *"Isto podia se repetir mais vezes para aliviar o stress das aulas"*
Valorização da formadora	*"Gostei da senhora que nos apresentou o programa"* *"A moderadora deu estas sessões de maneira excecional. Parabéns."* *"Gostei da enfermeira que participou, pois era simpática e bastante direta"*
Valorização de novas aprendizagens	*"Isto podia-se repetir porque aprende-se coisas novas"* *"Gostei destas sessões, acho que de certa forma me ajudaram a evoluir e a ver como realmente as coisas são"* *"Acho que mais ações como esta desenvolvidas e executadas em todas as escolas"* *"Gostei bastante destas sessões uma vez que me ajudaram a obter alguns conhecimentos básicos de psicologia"* *"Gostei de tudo de deu para tirar umas lições"* *"Gostei porque aprendemos coisas importantes para o nosso futuro"*

Desenvolvimento da capacidade de argumentação	*"Ajudou-me também a saber a argumentar"* *"Gostei. Acho muito importante. Obrigada."* *"Gostei do jogo para defender, contrariar e ficar indeciso em relação às frases"* *"Gostei desta atividade porque aumentou a minha capacidade de argumentação"* *"Acho que foi desafiante argumentar a favor de uma coisa da qual eu era contra"*

No final da segunda sessão foi pedido a um grupo mais pequeno que reiterasse as suas considerações sobre ambas as sessões, que foram ao encontro das frases escritas, destacando o impacto a nível de reflexão que promoveu nos estudantes sobre as temáticas, bem como a necessidade de ser um maior número de sessões.

O programa, como aspetos a melhorar, realça-se a necessidade da primeira sessão ser dividida em duas partes.

A implementação do mesmo foi muito desafiante pelo fato da metodologia do programa implicar uma capacidade de improvisação constante, na medida em que tem que ir guiando o mesmo de acordo com as respostas dos estudantes e em simultâneo cumprir os objetivos do mesmo. No entanto, o dinamizador tem que estar preparado para todas as circunstâncias, neste grupo uma estudante apresentou alguma labilidade emocional e fazer a gestão das emoções e o grupo em simultâneo foi difícil. Como estratégia implementada procurou-se prestar algum apoio no momento e *à posterior*i conversar com a estudante.

Um outro aspeto é a constituição do grupo, nesta situação específica, o grupo incluía alguns elementos que não dominavam a língua portuguesa ou inglesa, o que foi fator dificultador para participarem nas dinâmicas, com enfase no debate.

Por ultimo, inicialmente tinha-se planeado realizar uma atividade para recolha de sugestões/dúvidas dentro da temática, no entanto face à necessidade de dar resposta aos elementos presentes no planeamento da educação para a saúde do Ministério da Saúde, optou-se por eliminar esta atividade e recolher estes dados durante as atividades e responder de imediato.

Considero assim que foram alcançados os objetivos estabelecidos e

ultrapassados na medida em que se proporcionou oportunidades de aprendizagem sobre outras temáticas relevantes para os estudantes, como *bullying*, métodos contracetivos, prevenção de comportamentos de risco e acessos a cuidados de saúde.

De acordo com a intervenção aplicada, é possível verificar a importância da implementação de programas de intervenção para o desenvolvimento das competências na área da reflexão da Parentalidade para adolescentes, na medida em que resulta não apenas na aquisição de conhecimentos na temática, bem como de competências pessoais e sociais.

Como planos futuros pretende-se a continuação do desenvolvimento do presente programa, na medida em que existe a necessidade de aprofundamento da temática e acompanhamento do grupo com maior espaço temporal.

REFERÊNCIAS BILIOGRÁFICAS

APAV. (n.d.). Violência no Namoro: O que é? Retrieved January 24, 2017, from http://www.apavparajovens.pt/pt/go/o-que-e1

Canário, R. (1999). *Educação de Adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Ed. Educa.

Coleman, P. K., & Karraker, K. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, *18*, 47–85. http://doi.org/10.1006/drev.1997.0448

Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.

Direção-Geral da Educação. (n.d.-a). Educação para a Saúde. Retrieved December 10, 2016, from http://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude

Direção-Geral da Educação. (n.d.-b). Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde. Retrieved December 10, 2016, from http://www.dge.mec.pt/programa-de-apoio-promocao-e-educacao-para-saude

Freire, P. (1994). *Pedagogia do oprimido* (11ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.

Gordon, T. (1970). *Parent Effectiveness Training. The tested new way to raise responsible children*. New York: Three River Press.

Guerreiro, A., Teixeira, A., Dias, A., Pontedeira, C., Cordeiro, J., Magalhães, M., … Mendes, T. (2016). *Relatório de Imprensa Dados Violência no namoro 2016*.

Halford, W. K., & Petch, J. (2010). Couple psychoeducation for new parents: Observed and potential effects on parenting. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *13*, 164–180. http://doi.org/10.1007/s10567-010-0066-z

Hart, L. (1995). *The winning family: increasing self-esteem in your children and yourself*. Oakland: Celestial Arts.

Hockenberry, M. J. (2014). A influência da Família no Promoção da Saúde da Criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed, pp. 49–71). Loures: Lusociência.

International Council of Nurses. (2011). Position Statement: Nurses and human rights. *Nurses and Human Rights*, (Adopted in 1998 Reviewed and revised in 2006 and 2011), 1–3.

Lopes, L., & Pereira, M. (2006). *Formação Pedagógica Inicial de Formadores* (2ª ed.). Lisboa: Fundação para a Divulgação das Tecnologias de Informação.

Medway, F. (1989). Measuring the Effectiveness of Parent Education. In M. Fine (Ed.), *The Second Handbook on Parent Education – Contemporary Perspectives* (pp. 237–256). California: Academic Press, Inc.

Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, *23*(1), 12–28. http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

Ministérios da Saúde e da Educação. Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril, Pub. L. No. Portaria º 196-A/2010 (2010). Portugal.

Mullis, F. (1999). Active Parenting: An Evaluation of Two Adlerian Parent Education Programs. *Journal of Individual Psychology*, *55*(2).

Redman, B. (2003). *A prática de educação para a saúde* (9ªed). Loures: Lusociência.

Solmeyer, A., Feinberg, M., Coffman, D., & Jones, D. (2014). The Effects of the Family Foundations Prevention Program on Coparenting and Child Adjustment: A Mediation Analysis. *Prevention Science*, *15*, 213–223. http://doi.org/10.1007/s11121-013-0366-x

Witty, M. (2007). Client-Centered Therapy. In N. Kazantzis & L. L'Abate (Eds.), *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy* (pp. 35–50). New York: Springer Publishing Company.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Conteúdos do programa

O Futuro
Começa Hoje

Sessão 1

Quebra-gelo: Novelo de Lã

Tema: Quebra-gelo

Objetivo: Apresentar os participantes e sensibilizar para as ligações entre as pessoas;

Duração: 10 minutos

Materiais: Novelo

Descrição da Atividade:
É entregue um novelo aos participantes e é pedido que estes se apresentem (nome, idade, e o que gostam de fazer) e que passem o novelo a uma pessoa à sua escolha. No fim quando tiverem se apresentado, refletir sobre a experiência.

Sugestões para reflexão:

- ⇒ Realçar o fato de estarmos todos ligados através das relações que estabelecemos,
- ⇒ Pedir que testem as ligações criadas pelo novelo, demonstrando que o movimento de um tem influência nos outros.

Atividade 1: Somos iguais ou diferentes

Tema: Estereótipos

Objetivos: Discutir sobre estereótipos existentes na sociedade sobre o papel da mulher e do homem.

Duração: 30 minutos

Materiais: Bola, quadro e marcador ou giz para escrever

Descrição da Atividade:

Dispor os participantes em um círculo e pedir um voluntário para proceder ao registo das respostas num quadro com uma divisão entre "As raparigas" e os "Os Rapazes."

A pessoa dinamizadora do jogo deve se colocar no círculo numa posição que consiga observar todos os participantes.

A atividade inicia-se quando a dinamizadora diz, de forma aleatória "As raparigas são…" ou "Os rapazes são…" e, em simultâneo, atira a bola a qualquer dos/das participantes. Quem receber a bola deve responder de imediato, sem tempo para refletir, referindo um adjetivo. Após a sua resposta, deve atirar a bola para outro colega e colocar a questão. Assim sucessivamente até todos os participantes terem tido oportunidade de dar pelo menos uma resposta.

No final é promovida uma reflexão e análise em grupo sobres os resultados apresentados no quadro.

Sugestões para reflexão:

- ⇒ Quais a semelhanças e quais as diferenças que identificam entre as duas colunas?
- ⇒ Consideram que os rapazes e as raparigas têm de se comportar dessa forma? Ou podem fazer coisas que atribuíram ao género oposto?
- ⇒ Se sim, quais são as consequências dessa mudança?
- ⇒ É possível identificar estereótipos nas duas colunas? Quais?
- ⇒ De que forma estas características podem influenciar as decisões que os jovens tomem na sua vida?

Fundamentação:

ARTIGO 13.º, Constituição da República Portuguesa

Princípio da igualdade

1. Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.
2. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.

Atividade 2: As duas faces

Tema: Violência no namoro

Objetivos: Refletir sobre a comunicação, verbal e não-verbal na resolução de conflitos; Desenvolver competências de resolução de conflitos.

Duração: 30 minutos

Materiais: Sem especificações

Descrição da Atividade:

Distribuir os participantes em dois grupos em duas filas (1 e 2), com número igual de pessoas, e dispô-los em paralelo.

Os participantes da Fila 1 devem imaginar uma situação de conflito no namoro e representa-lo um a um para o seu par da fila 2.

Sendo que os participantes da fila 2, não sabem qual o conflito que vão ser expostos, devem procurar defender-se.

No momento que todos os participantes da Fila 1 terminarem de representar, devem inverter os papeis e repete-se a atividade.

No término da mesma, deve-se proceder a uma reflexão. Na possibilidade um participante ter ficado como observador, pedir que realize uma avaliação sumativa do que observou.

Sugestões para reflexão:

- ⇒ Como é que se sentiram melhores, como agressores ou vitimas?
- ⇒ Identificaram algumas semelhanças na comunicação verbal e não verbal das representações dos agressores?
- ⇒ E das representações do papel de vítima?

Fundamentação:

- ⇒ A violência no namoro: “um ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um dos parceiros (ou por ambos) numa relação de namoro, com o objetivo de controlar, dominar e ter mais poder do que a outra pessoa envolvida na relação”.
- ⇒ 5% dos jovens referem terem sido vítimas de pelo menos uma vez de agressão física;
- ⇒ 13% de terem sido proibidos de estar/falar com colegas;
- ⇒ 6% de terem sido pressionadas para beijar em público;
- ⇒ 3% de terem sido pressionados para relações sexuais, entre outros resultados.

Atividade 3: Hora do Debate

Tema: Violência no namoro

Objetivos: Promover a assertividade e capacidade de argumentação, com enfase na questão da violência do namoro; Promover a importância da dos afetos e expressão de sentimentos no namoro.

Duração: 30 minutos

Materiais:

- ✓ Cartões com frases
- ✓ 1 saco pequeno, para colocar os cartões

Descrição da Atividade:

Dividir os participantes em três equipas, sendo uma representante do "A favor", outra "Contra", e por última os "indecisos".

Começar a atividade por explicar que os participantes vão fazer parte de um debate com temática do namoro, e que a dinamizadora vai retirar uma frase do saco de cada vez e ler.

Os participantes dos respetivos grupos "A favor" e "Contra" devem argumentar a sua posição deforma a convencer os "indecisos", estes últimos podem colocar questões as duas equipas.

Após a leitura de todos os cartões, deve-se promover uma discussão final.

Sugestões para reflexão:

- ⇒ O que é que concluíram desta atividade?
- ⇒ Quais os sinais que podem ser indicativos de abuso ou violência numa relação?
- ⇒ Como é que pudemos fazer a distinção de uma relação romântica de uma relação abusiva?
- ⇒ Concordaram com o que defenderam? Como é que se sentiram ao defender algo que não acreditam?

Fundamentação:

Estudo realizado pela UMAR, 2016

- ⇒ Se consideram violento que o/a namorado/a o/a proíba de sair sem ele/ela
  - 64% dos/as jovens reconhece esta situação como violência
- ⇒ Pegar no telemóvel do/a parceiro/a sem pedir autorização
  - Mais de 30% dos/as jovens (34%) não considera um comportamento violento
- ⇒ Proibição por parte do/a namorado/a de estar ou falar com outros/as amigos/as
  - 32% dos jovens que não consegue distinguir este ato como violento

Cartões com frases para discussão

O meu namorado ontem gritou comigo, mas isso é normal.
O meu namorado pediu-me para ter relações sexuais com ele, e eu vou fazer para ele saber o quanto eu gosto dele.
O meu namorado é só meu.
Os rapazes não choram, porque eles não mostram os seus sentimentos.
Eu tenho uma namorada, por isso não posso ser muito amigo de outras raparigas.
É um direito meu, ver as mensagens do telemóvel do meu namorado.
Se uma rapariga se atirar ao meu namorado não faz mal chamar-lhe nomes.
Posso contar o que faço com a minha namorada aos meus amigos.
O meu namorado tem muitos ciúmes dos meus amigos, isso quer dizer que ele me ama.
Não permito que a minha namorada use roupa decotada.

Encerramento da Sessão: Circulo da Confiança

Objetivos: Encerrar a sessão; Promover a expressão de sentimentos e emoções.

Duração: 10 minutos

Materiais: Sem especificações

Descrição da Atividade:

O grupo é colocado em circulo e pede-se que um a um elabore um elogio sobre o colega que se encontra à sua direita, até que todos tenham tido oportunidade de participar. O dinamizador deve realçar que este elogio não deve incluir elementos físicos.

O Futuro
Começa Hoje

Sessão 2

Atividade 1: Ser pai antes e agora

Tema: Estilos Parentais

Objetivos: Descrever os estilos parentais dos seus pais; Refletir de que forma o estilo parental dos seus pais influenciou a sua relação.

Duração: 20 minutos

Material: Sem especificadores

Descrição da Atividade:
Colocar uma série de questões e pedir aos participantes que pensem na resposta e podem responder ou não.

Pensa:

1. Como descreverias o estilo parental dos teus pais, a forma como te criaram?
2. Como é que os teus pais se davam ou dão um com o outro? E como se relacionam contigo? Como falas com eles?
3. Que tipo de atividades vocês faziam antes e agora? Faziam muitas coisas juntos? Passam muito tempo juntos?
4. Que tipo de atividades gostavas de fazer com eles? O que gostarias de ter feito mais?
5. Que quantidade de afeto eles demonstram por ti? E tu por eles? Dirias que vocês são próximos? Porque sim ou porque não?
6. Achas que essa proximidade tem mudado ao longo do tempo? Porque?
7. Notas alguma diferença na tua relação com a mãe da com o pai? Quais e como te sentes sobre isso?
8. Concordas com os valores e crenças que os teus pais te transmitiram? Havia muitos conflitos e discussões entre ti e os teus pais?
9. Em geral quão satisfeito estas com a relação com os teus pais? E eles?

Após colocar todas as questões promover a reflexão.

Sugestões para reflexão:

- ⇒ Como é que te sentes em relação à educação que recebeste?
- ⇒ Que alterações farias?
- ⇒ Quando fores mãe/pai vais adotar o mesmo estilo parental? Porque?

Atividade 2: Fazer de conta

Tema: Estilos Parentais

Objetivo: Reconhecer os diferentes estilos parentais e quais as suas vantagens/desvantagens

Duração: 20 minutos

Materiais: 6 cartões

Descrição da Atividade:

Pedir a 6 participantes para vir à frente dos restantes e dividirem-se em pares. Cada par recebe dois cartões que correspondem ao papel do filho e ao da mãe/pai.

Deverá ser solicitado aos pares que sem verem, o que está escrito no cartão do seu colega representem o que está escrito no seu cartão.

Após a representação de cada par, deve ser estimulada a discussão de todos do que observaram. No final das três apresentações retoma-se a discussão, com a explicação de cada um dos estilos parentais que observaram.

Sugestões para reflexão:

- ⇒ Qual foi o comportamento da mãe/pai?
- ⇒ O que acharam?
- ⇒ Que impacto terá na criança?
- ⇒ Oque sugerem?

Fundamentação:

Estilos Parentais

- ⇒ Estilo permissivo
  - o Exercem pouco controlo sobre os comportamentos da criança, em que existe uma tentativa dos pais de evitar impor as suas regras.
- ⇒ Estilo autoritário
  - o Existe uma tentativa de controlo por parte dos pais do comportamento da criança através de regras rígidas.

⇒ Estilo autoritário ou democrático

- Combinação entre ambos os estilos, os comportamentos dos filhos têm orientação por regras, mas respeitando a individualidade da criança.

Estilo Permissivo

.

FILHO	MÃE/PAI
Pede um gelado de forma insistente	Resposta: "*Pronto queres esse gelado, então vai lá não é preciso berrar*" Comunicação não verbal: Postura de passividade; tom de voz nervoso; expressão facial tensa.

A criança faz exigências, e o pai/a mãe acabam por lhe fazer a vontade, para não haver mais problemas, isto é, para evitar o conflito.

Estilo Autoritário

FILHO	MÃE/PAI
"Mãe quero ir ao cinema com os meus amigos"	Resposta: "*Agora vais fazer os trabalhos de casa! Não há cinema para ninguém e não voltes a falar no assunto!*" *Comunicação não verbal: Postura agressiva; tom de voz alterado, ríspido e seco; expressão facial agressiva e tensa.*

O pai/a mãe impõe regras, de forma muito severa, sem tentar perceber a opinião da criança, e sem lhe permitir qualquer liberdade de mostrar o que sente.

Estilo Democrata

FILHO	MÃE/PAI
Mãe/Pai queria ir brincar para o parque	Resposta: "«Então hoje gostavas de ir brincar para o parque? Então vamos fazer um acordo: fazes os trabalhos de casa agora e a tarde vais ao parque? O que é que achas?" Comunicação não verbal: Postura calma; tom de voz e expressão facial revelam segurança, serenidade e confiança

O pai/a mãe tenta chegar a um acordo ou uma combinação com a criança, que permita satisfazer ambas as partes.

Atividade 3: A árvore das palavras

Tema: Família

Objetivos: Procurar identificar o conceito de família dos participantes.

Duração: 10 minutos

Materiais: Quadro e giz/marcador

Descrição da Atividade:

Pedir aos participantes que criem uma lista de palavras que definam o que é uma família. Em simultâneo vai-se escrevendo as palavras no quadro, procurando agrupar por tema, se possível. O dinamizador pode aproveitar para introduzir termos que considere relevantes.

Fundamentação:

- ⇒ A Parentalidade é definida como um conjunto de ações perpetuadas pelos adultos com poder parental às crianças com o objetivo da promoção do desenvolvimento das mesmas da forma mais plena que existe, recorrendo aos recursos existentes dentro e fora da família (Cruz, 2013). A autora acrescenta que este fenómeno inclui três componentes, comportamental, cognitivo e emocional.
- ⇒ Hockenberry (2014) defende o conceito de família como "o que cada pessoa considera que é", deste modo cabe ao Enfermeiro perceber junta da criança e pais, quem consideram como família.

Atividade 4: A Mala

Tema: Avaliação do Programa

Objetivos: Avaliar o programa de parentalidade; identificar ganhos obtidos pelos participantes.

Duração: 10 minutos

Materiais: Representação de uma mala de viagem; marcadores, *post-it* coloridos

Descrição da Atividade:

O dinamizador deve trazer uma representação de uma mala de viagem e entregar a cada participante 3 a 5 *post-it*. Este deve pedir aos participantes que reflitam sobre o programa e desta forma escreverem nos *post-it* o que consideram terem sido as aprendizagens mais importantes, realizando uma analogia com a "bagagem" que levam consigo.

Após todos terem escrito, devem colá-los a mala. Assim que todos tiverem escrito os *post-it*, devem ir colá-los na mala.

No final o dinamizador deve fotografar o resultado.

APÊNDICE 2 – Plano das sessões

PLANO DE SESSÃO 1

Objetivo	Tema	Metodologias & Atividade	Duração	Materiais
Apresentar os participantes e sensibilizar para as ligações entre as pessoas.	Quebra-gelo	(Metodologia Ativa) Novelo de Lã	10 minutos	Novelo
Discutir sobre estereótipos existentes na sociedade sobre o papel da mulher e do homem.	Estereótipos	(Metodologia Ativa) Somos iguais ou diferentes	30 minutos	Bola, quadro e marcador ou giz para escrever
Refletir sobre a comunicação, verbal e não-verbal na resolução de conflitos; desenvolver competências de resolução de conflitos.	Violência no namoro	(Metodologia Ativa) As duas faces	30 minutos	----------
Promover a assertividade e capacidade de argumentação, com enfase na questão da violência do namoro; promover a importância dos afetos e da expressão de sentimentos no namoro	Violência no namoro	(Metodologia Ativa) Hora do Debate	30 minutos	Cartões com frases 1 saco pequeno, para colocar os cartões

Encerrar a sessão; Promover a expressão de sentimentos e emoções	Encerramento da Sessão	(Metodologia Ativa) Círculo da Confiança	10 minutos	----------

PLANO DE SESSÃO 2

Objetivo	Tema	Metodologias & Atividade	Duração	Materiais
Descrever os estilos parentais dos seus pais; refletir de que forma o estilo parental dos seus pais influenciou a sua relação.	Estilos Parentais	(Metodologia Ativa) Ser pai antes e agora	20 minutos	----------
Reconhecer os diferentes estilos parentais e quais as suas vantagens/desvantagens	Estilos Parentais	(Metodologia Ativa) Fazer de conta	20 minutos	6 cartões
Procurar identificar o conceito de família dos participantes.	Família	(Metodologia Ativa) A árvore das palavras	10 minutos	Quadro e giz/marcador
Avaliar o programa de parentalidade; identificar ganhos obtidos pelos participantes.	Avaliação do Programa	(Metodologia Ativa) A Mala	10 minutos	Representação de uma mala de viagem; marcadores, post-it coloridos

APÊNDICE 3 – Materiais das sessões

Os rapazes não choram, porque eles não mostram os seus sentimentos.
O meu namorado brincou comigo, mas isso é normal.
O meu namorado pediu-me para ter relações sexuais com ele, e eu vou fazer para ele saber o quanto eu gosto dele.
O meu namorado é só meu.
Eu tenho uma namorada, por isso não posso ser muito amigo de outras raparigas.
É um direito meu, ver as mensagens do telemóvel do meu namorado.
Se uma rapariga se atirar ao meu namorado não faz mal chamar-lhe nomes.
Não permito que a minha namorada use roupa decotada.
Posso contar o que faço com a minha namorada aos meus amigos.
O meu namorado tem muitos ciúmes dos meus amigos, isso quer dizer que ele me ama.

FILHO
"Mãe quero ir ao cinema com os meus amigos"
MÃE/PAI
Resposta: "Agora vais fazer os trabalhos de casa! Não há cinema para ninguém e não voltes a falar no assunto!"
FILHO
Pede um gelado de forma insistente
MÃE/PAI
Resposta: "Pronto queres esse gelado, então vai lá não é preciso berrar"
FILHO
Mãe/Pai queria ir brincar para o parque
MÃE/PAI
Resposta: "«Então hoje gostavas de ir brincar para o parque? Então vamos fazer um acordo: fazes os trabalhos de casa agora e a tarde vais ao parque? O que é que achas?"