

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

Relatório de Estágio

Das competências parentais à promoção do
desenvolvimento infantil na primeira infância: desafios
para o Enfermeiro Especialista

Andreia Filipa Veloso Lampreia

Lisboa

2016



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

Relatório de Estágio

Das competências parentais à promoção do
desenvolvimento infantil na primeira infância: desafios
para o Enfermeiro Especialista


Andreia Filipa Veloso Lampreia

Orientador: Prof.^a Maria Graça Vinagre da Graça

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“E, à semelhança de uma casa que se constrói, é da qualidade dos alicerces que toda a estrutura vai depender (...) a qualidade emocional nos primeiros anos será sempre uma base segura à qual nos podemos referenciar (...) é o maior legado que os pais podem deixar às suas crianças. Um tesouro, uma marca indelével, que servirá para enriquecer todo o futuro que se espera longo e bem vivido”.

Pedro Strecht, 2001, p. 39

AGRADECIMENTOS

Obrigada:

Sr.^a Professora Maria da Graça Vinagre por toda a disponibilidade, partilha de conhecimentos e pelo sentido crítico na orientação. Obrigada pela força inspiradora aparentemente inesgotável, pelas palavras certas e motivadoras em todos os momentos.

A toda a minha a minha família, em especial à minha Mãe e ao meu Irmão, por me darem alegria de viver e força para tudo ultrapassar. Obrigada por toda a ajuda, apoio imensuráveis e por continuarem a ser a minha “casa”.

Gonçalo pelo apoio incondicional desde o primeiro momento, pela motivação, paciência, carinho, pelos dias ausentes e por me ajudares a alcançar os meus sonhos. Obrigada pelo amor com que cuidas de mim.

Rita, Rosa, Cláudia e restantes orientadores e enfermeiros nos locais de estágio por toda a partilha de conhecimentos, pelas críticas positivas, pela reflexão conjunta e pelo exemplo positivo que foram.

Às minhas amigas de sempre, Joana e Maria Inês por estarem sempre presentes quando precisei.

Aos pais e enfermeiros que aceitaram dispensar algum do seu tempo precioso para responderem aos questionários e entrevistas partilhando as suas dificuldades e saber.

À Cláudia, Solange e restantes colegas do curso pelo espírito de entreajuda que demonstraram e pelas palavras de incentivo ao longo deste percurso.

A todos aqueles que contribuíram para o que sou hoje, família, amigos, professores, colegas, o meu muito obrigada.

Lista de Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
CCF – Cuidados Centrados na Família
CDC - Center for Disease Control and Prevention
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
DGS – Direção Geral da Saúde
EE – Enfermeiro Especialista
EEESCJ – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
OE – Ordem dos Enfermeiros
M-CHAT - The Modified Checklist for Autism in Toodlers
OMS – Organização Mundial de Saúde
PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PCR – Paragem Cardio-Respiratória
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RN – Recém-Nascido
SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
UPI – Unidade de Primeira Infância

RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) as crianças representam o futuro, pelo que, garantir o seu crescimento e desenvolvimento saudável deveria ser uma preocupação primordial de todas as sociedades. Os primeiros cinco anos são particularmente importantes para o desenvolvimento cerebral, mas os três primeiros, são os mais críticos na formação da arquitetura cerebral da criança (Oficina de Educação e Cultura da Organização dos Estados Americanos, 2010). A transição para a parentalidade exige aos pais a adaptação a novos papéis e responsabilidades, o que requer uma reorganização da dinâmica pessoal/familiar. Neste sentido, os enfermeiros assumem-se como recursos fundamentais para este apoio aos pais uma vez que, pais que recebem um bom apoio emocional e que experimentam múltiplas oportunidades de aprendizagem atitudinal e de desenvolvimento conceptual podem ser pais mais autónomos e mais competentes para estimular o desenvolvimento do filho. Desta forma, tornou-se pertinente aprofundar conhecimentos sobre as dificuldades e necessidades dos pais no exercício da parentalidade com vista à promoção de uma parentalidade positiva como intervenção de enfermagem promotora de um adequado desenvolvimento psicoafetivo da criança.

A partir de uma metodologia apoiada na filosofia de cuidados centrados na família e nos referenciais teóricos de Meleis, foi traçado um percurso formativo tendo-se como objetivos: desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e promover a utilização de estratégias facilitadoras do desenvolvimento de competências parentais durante a primeira infância.

Assim, através de uma análise crítica e reflexiva, este relatório retrata as atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio evidenciando o desenvolvimento de competências e o contributo de saberes e estratégias para a problemática em estudo e, consequentemente para o avanço da enfermagem.

Palavras-chave: Parentalidade; desenvolvimento infantil; Enfermeiro Especialista; primeira infância; competências parentais.

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO, 2014) children represents the future and that's why all societies should be concerned to ensure that all children have a healthy grown and development. The first five years are particularly important for brain development, although the very first three are the most critical years concerning to the child's brain architecture building. The transition to the parenthood requires parents to adapt themselves to new roles and responsibilities, which requires a reorganization of personal and family dynamics. To that extent, nurses play a crucial role supporting the parents, because parents that receive a good emotional support and experience multiple opportunities to learn attitudinal and conceptual development can be more autonomous and more competent to stimulate the child development. In this way, it has become pertinent to deepen knowledge about parent's difficulties and needs in the exercise of parenting with the object on promotion of a positive upbringing as nursing intervention for the promotion of an appropriate child psycho-affective development.

Having a methodology supported by the philosophy of family- centered care and theoretical study of Meleis as reference, it was traced a training path having as goals: to develop the skills of the Specialist Nurse in Child and Youth Care and to promote the use of strategies that facilitate the development of parenting skills during early childhood, in which to do emerged the need to identify and understand the main difficulties and needs of the parents in the parenting exercise.

Through a critical analysis and reflection this report describes the activities carried out in the various contexts of the internship, highlighting the development of skills and the contribution of knowledge and strategies to the issues under study and consequently for the progress of nursing in this field.

Keywords: Parenting; Child development; Specialist Nurse; Early Childhood; Parenting Skills.

Índice

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. Parentalidade e parentalidade positiva na primeira infância	13
1.2. Desenvolvimento psico-afetivo da criança	14
1.3. O Enfermeiro Especialista como promotor do desenvolvimento das competências parentais	16
1.4. Teoria das transições de Afaf Meleis	19
2. PERCURSO FORMATIVO	23
2.1. Os Contexto de estágio: justificação pela escolha e breve caracterização	23
2.2. Definição dos objetivos gerais e específicos	27
2.3. Análise e reflexão das atividades e competências desenvolvidas em estágio	28
2.3.1. Desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem	28
2.3.2. Promoção de estratégias facilitadoras do desenvolvimento de competências parentais durante a primeira infância	34
3. QUESTÕES ÉTICAS	45
CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	
ANEXOS I - Questionário	
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Quadro 1. Cronograma dos estágios	
APÊNDICE II - Quadro 2. Planeamento das atividades, recursos, competências a desenvolver e indicadores de avaliação atendendo aos objetivos	
APÊNDICE III - Grelha de observação	
APÊNDICE IV - Revisão de Literatura: Parentalidade na criança com cardiopatia congénita	
APÊNDICE V - Pedido de Parecer à Comissão de Ética	
APÊNDICE VI - Guião de entrevista semiestruturada	
APÊNDICE VII - Consentimento informado	
APÊNDICE VIII - Perspetiva dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre a parentalidade (versão preliminar de um artigo para submeter a uma revista de enfermagem)	
APÊNDICE IX - Autorização da autora para utilização do questionário	
APÊNDICE X - Pedidos de Autorização ao Conselho de Administração	
APÊNDICE XI - Dificuldades e necessidades dos pais no exercício da parentalidade positiva (apresentação dos resultados de um breve estudo)	

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente documento insere-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). A sua elaboração tem como finalidade desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família (ESEL, 2015). Neste caminho percorrido, foi necessário o desenvolvimento progressivo da compreensão da dimensão do exercício profissional do Enfermeiro Especialista (EE) nas suas diversas vertentes e, para tal, foi essencial a análise do perfil de competências comuns e específicas do EE e de guias orientadores. Após todo o percurso académico realizado, o relatório de estágio pretende ser um enunciado reflexivo do contexto de prática indo ao encontro do referido por Boud, Keogh & Walker (1985), ou seja, um processo de aprendizagem no qual a pessoa se envolve intelectualmente e afetivamente em ações que visam explorar as suas experiências para alcançar novas compreensões e apreciações.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) as crianças representam o futuro, pelo que, garantir o seu crescimento e desenvolvimento saudável deveria ser uma preocupação primordial de todas as sociedades. Os primeiros cinco anos são particularmente importantes para o desenvolvimento cerebral, mas os três primeiros, são os mais críticos na formação da arquitetura cerebral da criança (Oficina de Educação e Cultura da Organização dos Estados Americanos, 2010). As primeiras experiências, fornecem a base para o desenvolvimento organizacional do cérebro e têm um impacto direto na forma como as crianças desenvolvem habilidades de aprendizagem, sociais e emocionais (UNICEF et al., 2010). Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2005) a consistência e a constância dos cuidados parentais, a adequada interação pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais são fatores cruciais para o desenvolvimento emocional e relacional da criança com repercussões ao longo de todo o seu ciclo de vida. A OMS estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade (OMS, 2000). Em relação a Portugal, entre os cinco e os catorze anos, o maior “peso” da doença na qualidade de vida deve-se às perturbações mentais e comportamentais (22% do total de *Disability Adjusted life Years- DALY*), especialmente por depressão e ansiedade (DGS, 2015). Tendo em conta esta realidade, o Programa Nacional de Saúde

Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013) preconiza várias linhas-mestras tais como: o investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento; a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007) o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) deverá ajudar a encontrar “soluções, a todos os níveis do sujeito de cuidados, dos seus conviventes significativos; ao nível intra e interprofissional e do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos (...) no sentido de facilitar o desenvolvimento pessoal, familiar e comunitário”(p.12). Como enfermeira de cuidados gerais, exerci funções durante três anos em cuidados de saúde primários, onde constatei que das 1364 crianças inscritas nesta Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Alentejo, 89 eram seguidas na pedopsiquiatria, ou seja, 6,5% das crianças (Fonte: Sonho – Estatística da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo). Assim surgiu o tema do projeto de estágio intitulado: “Das competências parentais à promoção do desenvolvimento infantil na primeira infância: desafios para o Enfermeiro Especialista”, definindo-se como objetivos gerais: desenvolver competências de EEESCJ e promover a utilização de estratégias facilitadoras do desenvolvimento de competências parentais durante a primeira infância. Na base da escolha do tema do projeto estiveram várias determinantes nomeadamente: a experiência profissional prévia, a necessidade de aquisição e desenvolvimento de competências profissionais e o interesse pelas necessidades dos pais na transição para a parentalidade, particularmente face aos problemas identificados ao nível da saúde e desenvolvimento das crianças na primeira infância, como referido. Por este motivo e embora tenha alterado o meu contexto profissional para o contexto hospitalar, após a entrega do projeto de estágio, optei por manter o mesmo tema de projeto, alterando apenas dois dos locais de estágio planeados inicialmente. Face ao novo contexto de prática clínica foi feito algum reajustamento aos objetivos inicialmente definidos e respetivas atividades previstas, como por exemplo a elaboração de uma revisão de literatura sobre “Parentalidade na criança com cardiopatia congénita” com o objetivo de aprofundar conhecimentos relativamente às principais dificuldades e necessidades dos pais de crianças com cardiopatia congénita e às intervenções de enfermagem promotoras de um adequado papel parental. No entanto, manteve-se o foco do percurso e do trabalho a desenvolver - a promoção de uma

parentalidade positiva como intervenção de enfermagem promotora de um adequado desenvolvimento psico-afetivo da criança. Segundo Cohen & Clothier, (2005) práticas parentais positivas, incluindo: cuidado responsivo, disciplina positiva e interações lúdicas podem promover a saúde social e emocional da criança. A parentalidade e papel parental são de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), um foco de atenção dos enfermeiros por se encontrarem numa posição privilegiada para promover a manutenção do papel parental. Como elementos fundamentais e facilitadores destaco os quadros de referência presentes durante todo o percurso e que me irão orientar enquanto futura EEESCJ de onde saliento a filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF), prespetivando cuidados de enfermagem em parceria com os pais e a Teoria das transições de Afaf Meleis.

Em relação à sequência da apresentação deste relatório após esta introdução segue-se o quadro de referência utilizado, especificando os modelos teóricos orientadores da prática, a descrição e análise do percurso formativo realizado, com a respetiva definição dos objetivos específicos e a descrição, reflexão e análise das atividades e competências desenvolvidas nos campos de estágio escolhidos. Por fim, algumas considerações finais sobre os contributos deste percurso para a prática de enfermagem onde se inclui o respetivo “balanço” final do trabalho realizado e as perspetivas futuras. A elaboração deste projeto teve como suporte: a pesquisa bibliográfica, a análise dos documentos orientadores e normativos da profissão; a observação, colaboração direta na prestação de cuidados e a reflexão sobre as práticas em parceria com os enfermeiros de referência; assim como, a elaboração de documentos construídos a partir das ideias, sentimentos e opiniões dos enfermeiros e dos pais envolvidos neste percurso.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo pretende clarificar e fundamentar a temática estudada e em desenvolvimento através da definição dos conceitos orientadores da enfermagem de Saúde Infantil e do Jovem: parentalidade, Cuidados Centrados na Família (CCF), parceria de cuidados e transição. A teoria e os conceitos seguidamente apresentados são os que mais influenciaram o processo de aprendizagem uma vez que, sustentaram as práticas, possibilitaram o desenvolvimento do conhecimento e a elaboração deste relatório.

1.1. Parentalidade e parentalidade positiva na primeira infância

Parentalidade é definida segundo a CIPE como uma ação de tomar conta:

“assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai. Comportamentos destinados a facilitarem a incorporação dum recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.66).

Segundo Cruz (2005, p.13) parentalidade é um: “conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade.”. É também neste sentido que o Council of Europe (2008) define parentalidade positiva como um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança que assegure o seu desenvolvimento, educação, capacitação, sem violência e proporcionando reconhecimento e orientação com a fixação de limites para permitir um pleno desenvolvimento da criança. Segundo o Guia Orientador de Boa Prática intitulado - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização - a parentalidade tem o potencial de promover a saúde e o bem-estar das crianças ou impedir que o modo como se processa o desenvolvimento físico e emocional cause problemas significativos a nível social e da saúde no futuro (OE, 2015). A família pode assim constituir um fator de adversidade ou proteção no que respeita aos processos de saúde e doença dos seus membros e aos processos de adaptação intrínsecos ao desenvolvimento (Figueiredo, 2009). A comunidade espera que os pais cuidem dos seus filhos durante um período significativo das suas vidas e providenciem as

oportunidades para um crescimento harmonioso e um desenvolvimento cognitivo favorável (OE, 2015).

1.2. Desenvolvimento psico-afetivo da criança

Nos primeiros anos de vida, as crianças rapidamente desenvolvem as capacidades psico-afetivas que os preparam para ser: auto-confiantes, empáticos, intelectualmente curiosos e capazes de se relacionarem bem como outros (Cohen & Clothier, 2005). Algumas crianças não desenvolvem de forma adequada as suas competências psico-afetivas, o que poderá conduzir a problemas ao nível do comportamento e ao nível emocional, tais como, alterações no desenvolvimento, perturbações de saúde mental (Zero to Three Policy Center, 2004; Cohen & Clothier, 2005) e alterações na vinculação (Brown & Ward, 2013). Neste sentido, importa definir saúde mental na primeira infância, a qual diz respeito à capacidade da criança desde o nascimento até aos cinco anos de idade de: experienciar, regular e expressar emoções; formar relações interpessoais próximas e seguras; explorar o ambiente e aprender (Zero to Three Policy Center, 2004).

A necessidade básica do estabelecimento de, pelo menos, uma relação afetiva estável, continuada e significativa, desde o início da vida, para que haja um desenvolvimento íntegro do sujeito é hoje consensual. Segundo Ainsworth (1989) a vinculação é um processo pelo qual o "cliente" estabelece uma ligação afetiva privilegiada e duradoura com a figura que lhe dispensa os cuidados maternos. Segundo Bowlby (1969, p.88) a vinculação é definida:

(...) como um conjunto complexo de situações que implicam uma regulação da segurança. Neste sentido há uma figura (vinculada) que procura proteção e há uma figura (de vinculação, concebida como sendo mais forte e mais capaz de se confrontar com o mundo, que proporciona segurança, conforto ou ajuda caso haja necessidade, havendo uma continuidade da função da vinculação ao longo do ciclo de vida do indivíduo (p. 88).

Neste sentido, e, de acordo com Papalia, Olds & Feldman (2001) tanto as mães como os bebés contribuem para uma vinculação segura através dos seus comportamentos, e através do modo como respondem um ao outro, ou seja, da qualidade da interação entre a díade. A vinculação segura surge assim como uma condicionante positiva do desenvolvimento infantil, na medida em que permite uma organização interna constituída por conhecimentos e expectativas positivas relativas à disponibilidade e responsividade da figura de vinculação, mas também relativas ao *self* como merecedor de atenção e afeto no confronto com o mundo (Soares, 2001). Quanto mais segura for a vinculação da criança ao adulto que dela cuida, mais

fácil parece ser para a criança tornar-se independente desse adulto e desenvolver boas relações com os outros (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Segundo os mesmos autores, a partir da infância, o desenvolvimento da personalidade está “entrelaçado” com as relações sociais. Emoções relativas à “consciência do *self*”, tais como empatia, ciúme, embaraço, vergonha, culpa e orgulho, não emergem até ao segundo ou terceiro ano de vida, depois de as crianças terem desenvolvido autoconsciência: a compreensão de que são entidades separadas das outras pessoas e objetos (Papalia, Olds & Feldman, 2001). No entanto, os recém-nascidos (RN) já conseguem mostrar claramente quando estão descontentes e gradualmente, os bebés respondem mais às pessoas – sorrindo, palreando, procurando e, eventualmente, dirigindo-se às pessoas. Estes primeiros sinais ou pistas dos sentimentos do bebé são passos importantes no desenvolvimento (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Segundo Erikson as experiências precoces da criança são “a pedra angular” na construção da sua personalidade. A primeira das oito idades ou crises de desenvolvimento apresentadas pelo autor foi designada como “confiança básica versus desconfiança básica” (Erikson, 1976). Esta fase ou idade tem início no nascimento e prolonga-se aproximadamente até aos 18 meses de idade. A confiança que se desenvolve é uma confiança em si, nos outros e no mundo (Erikson, 1976). O elemento crucial para a consecução desta tarefa é a qualidade da relação entre o progenitor (ou prestador de cuidados) e a criança, bem como os cuidados que a criança recebe (Wilson, 2014a). A confiança adquirida na infância fornece as bases do sucesso de todas as fases posteriores pelo que, se a necessidade de confiança básica for satisfeita os *toddlers* têm as condições necessárias para passar da dependência à construção do controlo, independência e autonomia (Wilson, 2014b). De acordo com Erikson (1976) a tarefa de desenvolvimento deste período de vida é a aquisição do sentimento de autonomia, ao mesmo tempo que se ultrapassa um sentimento de dúvida e vergonha. O autor foca-se fundamentalmente no desenvolvimento do *ego*, durante esta fase do desenvolvimento psicossocial. Se as crianças do período pré-escolar dominarem as tarefas do período de *toddler*, estão prontas para enfrentarem os desafios do desenvolvimento do período seguinte. Erikson referiu que a principal tarefa psicossocial deste período é a aquisição do sentimento de iniciativa (Monroe, 2014). O desenvolvimento do superego, ou consciência, inicia-se perto do final da idade cuja designação se assumiu de *toddler* e é uma das principais tarefas de desenvolvimento da criança no período pré-escolar (Monroe, 2014). Um dos principais objetivos da diferenciação entre o próprio e os outros é a aprendizagem das diferenças entre diferentes sexos e dos comportamentos apropriados ao género (Monroe, 2014).

Ao longo de todo o desenvolvimento infantil pode-se confirmar o que é referido por Papalia, Olds & Feldman (2001), ou seja, que desde os primeiros tempos de vida a família tem uma influência primordial no desenvolvimento da criança. Neste sentido, Bronfenbrenner (1979) defende que, para se compreender o desenvolvimento humano, devemos estudar a criança no contexto dos seus ambientes múltiplos, ou sistemas ecológicos, onde ela se desenvolve. O que começa com o “ambiente mais micro” do lar/família, deslocando-se de seguida para fora, para as instituições mais alargadas como o sistema escolar e, finalmente, abrange os padrões e condições culturais e sócio-históricos “o ambiente mais macro” que afetam a família, a escola e virtualmente a totalidade da vida da criança (Bronfenbrenner, 1979). A atenção ao contexto pode também alertar-nos para as diferenças no modo de uma mesma criança agir em contextos diferentes (Bronfenbrenner, 1979). Uma criança, que consegue fazer um exercício escolar satisfatoriamente em casa, pode ficar calada quando chamada a responder a uma questão sobre o exercício na escola (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Uma criança, que é um terror no recreio, pode ser calma quando lancha em casa da avó (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Por estas razões, numa perspetiva desenvolvimental é necessário considerar o comportamento numa variedade de contextos bem como as ligações entre os contextos (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

1.3. O Enfermeiro Especialista como promotor do desenvolvimento das competências parentais

Segundo Steinhauer e colegas (1993) as competências parentais dizem respeito à capacidade do prestador de cuidados da criança desempenhar o papel parental, tendo em conta os seus pontos fortes e fracos atuais. O reconhecimento dos pais como principais cuidadores e o conhecimento das suas necessidades são elementos fulcrais nas orientações da intervenção do enfermeiro, pelo que devem ser privilegiadas na sua atuação e na estimulação do papel parental (DGS, 2005). A investigação sugere que os pais sentem/referem as seguintes necessidades: falta de conhecimento nos cuidados ao RN (Aston, 2002), necessidade de aprendizagem para se adaptarem a este novo papel (Sword & Watt, 2005), necessidade de aprendizagem sobre o que está certo ou errado, dos fatores que contribuem para o desenvolvimento correto do RN (Svesson, Barclay & Cooke, 2006), necessidade de informação sobre o comportamento esperado do RN (Spielman & Taubman-Bem-Ari, 2009), necessidade de saber lidar com sentimentos negativos como a irritabilidade e a falta de

atenção entre o casal e para o RN (Halford, Petch & Creedy, 2009), necessidade de demonstração prática de cuidar do RN (por exemplo: regurgitação, sono e amamentação) (Serçekus & Mete, 2010) e a necessidade de perceber o decurso dos declínios no funcionamento do relacionamento entre o casal após o nascimento do RN (Mortesen, Torsheim, Melkevik, & Thuen, 2012).

O aumento do nível de conhecimento e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento do exercício da parentalidade e tornam possível que os pais e as famílias o assumam, como direito e dever, cabendo aos profissionais facilitá-lo e promove-lo (PNSIJ, 2013). O apoio pressupõe uma ação do enfermeiro que consiste em ajudar alguém a ser bem-sucedido (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005), o que induz centralidade nas necessidades e potencialidades dos pais.

Tal como refere Barros,

“pais que recebem um bom apoio emocional e que experimentam múltiplas oportunidades de aprendizagem atitudinal e de desenvolvimento conceptual podem ser pais mais autónomos e mais competentes para estimular o desenvolvimento do filho (Barros, 2001a, p. 314)”.

Neste sentido, e segundo a filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF) os profissionais devem incluir a Família como parceira para a evolução da qualidade e segurança dos cuidados, em que a criança surge enquanto membro efetivo do sistema familiar. Segundo o Institute for Patient and Family-Centered Care (2011) os pressupostos centrais do CCF são: dignidade e respeito, a partilha de informação, a participação e a colaboração. Os CCF dizem respeito a dois conceitos básicos: a capacitação e o *empowerment* (Hockenberry & Barrera, 2014). Desta forma, os profissionais capacitam as famílias através da criação de oportunidades e meios para todos os membros da família revelarem as suas habilidades e competências atuais e adquirirem novas, para atender às necessidades da criança e família. A interação dos profissionais com as famílias pode conduzir ao desenvolvimento do *empowerment*, para que estas mantenham ou adquiram um sentimento de controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas que resultam dos comportamentos de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidades e ações (Hockenberry & Barrera, 2014). A negociação da parceria de cuidados, um dos princípios dos CCF, é considerada por Casey (1995) o nível mais elevado de participação na prática de cuidados. A capacitação das famílias para a assunção plena do papel parental enquadra-se nas funções do EEESCJ, o qual deverá implementar e gerir, “em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (OE,

2010, p.3), ou seja, promover um planeamento conjunto e um cuidado partilhado, valorizando a parentalidade no processo de cuidar.

A evidência científica tem mostrado que a intervenção nos períodos de gravidez e dos primeiros tempos de vida da criança é primordial para o desenvolvimento psíquico e social da criança (DGS, 2005). O investimento crescente neste tipo de intervenção educacional é, ainda, justificado pelo reconhecimento do impacto da parentalidade no desenvolvimento e equilíbrio das crianças (Brazelton, 2013). Segundo Sandler e colegas (2010 citado por Cardoso, 2011) “as mudanças nos comportamentos parentais conduzem a alterações no comportamento da criança e essas alterações persistem no tempo (p.14)”. Apesar de ser necessário considerar as diferenças entre os pais, há um conjunto de atividades essenciais que o Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2008) menciona como competências da parentalidade positiva: a resposta às necessidades físicas, saúde e segurança da criança e a otimização do seu desenvolvimento com uma comunicação e disciplinas positivas.

De facto, um ambiente positivo é altamente estimulante das potencialidades genéticas de cada criança; ao contrário de um ambiente negativo e condicionante, principalmente no primeiro ano de vida caracterizado por uma elevada plasticidade neuronal e rápido ajustamento à estimulação parental (Cordeiro, 2011). Nesta linha de pensamento, o Council of Europe (2007), numa das suas publicações, destaca como estratégias promotoras de uma parentalidade positiva a educação parental, os cursos de preparação para o nascimento, a educação para a saúde e o fornecimento de informação acerca do desenvolvimento infantil. Estas estratégias privilegiam acima de tudo os fatores de proteção para o desempenho positivo do papel parental, numa perspetiva salutogénica (Council of Europe, 2007). Autores como Brazelton & Cramer (2004) referem que ajudar os pais a reconhecer e diferenciar as comunicações/necessidades do seu bebé, a atribuir-lhes significados e a fornecer respostas percecionadas como adequadas, potencia a perceção de uma parentalidade positiva. Importa ressaltar que em situações de doença e hospitalização poderá haver uma crise de identidade parental com indefinição dos pais relativamente àquilo que podem ou não fazer e/ ou que os profissionais esperam que façam (OE, 2015). De acordo com o mesmo Guia Orientador de Boa Prática - adaptação à parentalidade durante a hospitalização- dar atenção às expectativas dos pais, tendo em conta as suas necessidades e procurando a negociação de papéis, facilita a sua adaptação e reduz o potencial conflito entre os enfermeiros e pais. Segundo o mesmo autor, o compromisso dos EESCJ deverá passar pela colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino,

dotando os pais de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, capacitando-os para que possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos.

1.4. Teoria das transições de Afaf Meleis

De acordo com Aligood (2000) a teoria diz respeito a um grupo de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática. Como nos refere Meleis (2010), o desenvolvimento de teorias é altamente benéfico e necessário para a prática clínica, pelos contributos que proporciona no que toca à clarificação de domínios e à identificação do que é ou não do nosso âmbito, permitindo racionalizar recursos e focalizar ações naquilo que são as terapêuticas de enfermagem. A escolha da Teoria das Transições de Afaf Meleis como referencial para os cuidados de enfermagem é justificada por oferecer uma interpretação que clarifica e se compatibiliza com o processo de transição para a parentalidade que, por ser um período de grande vulnerabilidade, merece grande atenção por parte dos enfermeiros no sentido de apoiarem não só a preparação como a vivência desta transição de modo a que exista um adequado desenvolvimento de competências parentais. O conceito de transição, segundo Meleis (2010), diz respeito a uma mudança significativa na vida, através da alteração de processos, papéis ou estádios, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social (Meleis, 2010). A mesma autora analisando vários estudos desenvolveu uma teoria de médio-alcance que descreve a natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições (facilitadoras e inibidoras), os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) e as terapêuticas de enfermagem (intervenções e atividades), face a uma situação de mudança. As transições podem ser de quatro tipos: desenvolvimentista (associadas a mudanças no ciclo vital); situacionais (relacionadas com acontecimentos previsíveis ou não que originam alterações de papéis, por exemplo, o nascimento, morte ou situações inesperadas); saúde/doença (resultam da passagem de um estado de bem-estar para um estado de doença aguda ou crónica) e organizacionais (desencadeadas pelas mudanças num ambiente social, político ou económico) (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Considerada uma das transições mais importantes e significativas do ser humano, a transição para a parentalidade é promotora de grandes alterações na vida de todos os elementos da família, nomeadamente no caso de ser o primeiro filho, em que se inicia uma nova fase do ciclo vital, e a passagem da função conjugal para a parental (Relvas, 2004). A

parentalidade pode considerar-se uma transição situacional na medida em que pode surgir da necessidade de lidar com eventos e situações críticas como o nascimento de uma criança prematura ou com doença crónica, que exigem a mudança de papéis e a redefinição da identidade parental. Segundo Betz (2005) pode também envolver situações de acontecimentos inesperados que requerem adaptação, tais como: guerras, alterações naturais, económicas e sociais, divórcio, desemprego dos pais, nascimento de um irmão e morte de um familiar. Neste tipo de transição (situacional), a preparação, a educação e o treino de habilidades contribuem positivamente para este processo (Mercer & Ritchie, 1997; Melnyk et al., 2004 e Reid, 2000). Segundo Melnyk e colegas.(2004) e Sabatés & Borba (2005) para os pais, a doença, a sua gravidade, a insegurança, o medo de não serem capazes de cuidarem do seu filho e corresponderem às expectativas dos enfermeiros, podem constituir barreiras ao desenvolvimento do seu papel parental, podendo este ficar desajustado, sobretudo no início do processo. De acordo com a OE (2015) os pais, aquando da hospitalização da criança, são confrontados com processos de transição que os remetem para um papel parental pouco normativo e extremamente perturbador. No entanto e na perspetiva de Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000) a transição para a parentalidade também pode ser considerada uma transição desenvolvimentista, em que é necessária uma definição ou redefinição dos papéis do indivíduo ou família, estando diretamente relacionada com as características pessoais, assim como com os significados atribuídos ao papel parental. Mercer (2004) corrobora esta teoria, reforçando que a transição para a parentalidade ocorre durante o desenvolvimento da vida da pessoa. Como anteriormente foi referido, a transição da conjugalidade para a parentalidade traduz o início de uma nova fase do ciclo vital da família, que implica alterações dos diferentes papéis sociais do casal levando à redefinição de rotinas, assim como dos objetivos de vida (Cowan & Cowan, 1995). Bayle (2005) acrescenta que se trata de um processo maturativo, levando à reestruturação psicoafectiva de forma a responder às necessidades físicas e psíquicas dos filhos.

Meleis (2010) refere que perante uma determinada transição esperam-se alguns padrões de resposta por parte do cliente, estes padrões incluem indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo incluem: sentir-se e estar ligado, interação, localizar-se e estar situado e desenvolver confiança e mecanismos de *coping* (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). O sentir-se ligado, nomeadamente aos profissionais de saúde, aos quais se podem fazer questões e esclarecer dúvidas são outro indicador importante de uma experiência positiva (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). A integração do

papel parental exige por parte dos pais diferentes respostas comportamentais, emocionais e cognitivas. Estas respostas implicam uma adaptação e reorganização específica nomeadamente, conhecimentos e experiência (Cruz, 2005). O recurso a mecanismos de *coping* eficazes, permite uma melhor adaptação ao novo contexto de saúde (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Para além dos indicadores de processo, nos padrões de resposta também são considerados os indicadores de resultado, como a mestria em competências para gerir novas situações e a identidade fluida e integrativa das competências e da interação com a criança (Lopes, 2012). A adaptação bem sucedida da transição para a paternidade/maternidade envolve pelo menos dois tipos de recursos familiares: recursos internos – adaptação e integração (autoestima dos pais, o sentimento de adequação e sentirem-se capazes de lidar com a situação); e recursos externos – recursos comunitários e suporte social (McCubblin & McCubbin, 1996, citado por Wong, 2006). Canavarro e Pedrosa (2005) destacam quatro tarefas desenvolvimentistas características da transição para a parentalidade, são elas: reavaliar e reestruturar a relação com os pais (reaproximação da mulher e do homem à sua família de origem); reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro; construir a relação com a criança enquanto pessoa separada (vinculação); reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (papéis, valores, objetivos pessoais e prioridades).

O enfermeiro, desta forma, tem o propósito de assistir os pais, facilitando a transição dirigida para a sua própria saúde e daqueles que dependem de si – as crianças –, facilitando a perceção de bem-estar, mestria, nível de funcionamento e conhecimento (Meleis & Trangenstein, 1994). Se considerarmos, tal como Bronfenbrenner, que o ser humano se encontra em permanente desenvolvimento (Bronfenbrenner & Morris, 1998), vivenciando uma multiplicidade de transições, então a enfermagem disponibiliza cuidados a utentes em situação de transição. Para Meleis (2007, p. 107) o cliente deve ser perspectivado como um “(...) ser humano com necessidades específicas que está em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas mudanças mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio”.

Em suma, pode dizer-se que os primeiros três anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento da criança, pelo que se considera um período de transição importante na vida do ser humano em que as aquisições sequenciais no seu desenvolvimento têm de ser acompanhadas e estimuladas (Lopes, 2012). Os enfermeiros devem colaborar no processo de aquisição de competências dos pais e da criança em cada fase do desenvolvimento infantil

(Lopes, 2012). Da teoria de enfermagem sobre as transições salienta-se a ideia de que o enfermeiro deve assistir e ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo da vida (Meleis, 2010). Incentivar a parentalidade durante a hospitalização é um aspeto importante a considerar no processo de adaptação à parentalidade. De acordo com os estudos realizados por Coyne (1995) e Hallstron, Runeson & Elander (2002) os pais referem uma influência muito positiva na participação dos cuidados, quando existe assertividade nas relações com a equipa de Enfermagem.

2. PERCURSO FORMATIVO

Este capítulo descreve e analisa reflexivamente a metodologia e os procedimentos realizados face aos objetivos definidos, assim como faz referência às competências desenvolvidas ao longo do período de estágio. Previamente ao período de estágio foi elaborado para cada contexto um projeto onde se definiram os objetivos a atingir e as atividades a desenvolver para lhes dar resposta. O planeamento inerente a cada local de estágio foi alvo de reformulação e reorganização de algumas atividades, resultantes das necessidades identificadas através das experiências vividas, conforme se verifica e fundamenta no decorrer deste capítulo.

2.1. Os Contexto de estágio: justificação pela escolha e breve caracterização

Tendo como finalidade a concretização dos objetivos delineados foram selecionados os locais de estágio de forma a desenvolver competências comuns e específicas de enfermeira especialista. Desta forma a sua operacionalização passou pelo contexto de Consultas externas numa Unidade de Primeira Infância (UPI), Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais (UCIN), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Internamento de Pediatria e Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Unidade de Cuidados na Comunidade, UCC e UCSP pertencentes ao ACES do Baixo Alentejo). A minha escolha recaiu sobre estas unidades por algumas se articularem com o local onde trabalho e serem unidades de referência na área da pediatria, pertencentes a Hospitais Centrais. Em consequência da alteração do meu local de trabalho, dos cuidados de saúde primários para o contexto hospitalar, houve necessidade de substituir dois dos estágios inicialmente planeados.

A escolha da UPI foi motivada por ser uma unidade de referência para a Pedopsiquiatria onde pretendi melhorar a articulação entre o serviço onde exercia funções e a Pedopsiquiatria, desenvolver competências no âmbito da avaliação do desenvolvimento psico-afetivo da criança, bem como, conhecer estratégias facilitadoras do desenvolvimento de competências parentais durante a primeira infância. O estágio na UPI decorreu no período de 28 de Setembro a 25 de Outubro de 2015. Trata-se de uma unidade especializada em Saúde Mental tendo sido fundada em 1983, como uma Unidade do Centro de Saúde Mental Infantil

de Lisboa vocacionada para a prestação de cuidados diferenciados a crianças com idades inferiores a 4 anos e suas famílias residentes na área de Lisboa e Vale do Tejo, Sul do Tejo e Regiões autónomas, abrangidas pela área da Psiquiatria da Infância e da adolescência. Nesta Unidade, desenvolve-se essencialmente uma intervenção a dois níveis de prevenção - primária e secundária uma vez que, ao fazerem o diagnóstico das perturbações precoces e o seu tratamento, estão simultaneamente a fazer a prevenção da doença mental futura. Da equipa multidisciplinar fazem parte 2 pedopsiquiatras, 1 psicólogo clínico, duas enfermeiras especialistas, um assistente social, um assistente técnico, um assistente operacional, tendo também a colaboração de uma terapeuta ocupacional e de um técnico de psicomotricidade. Por ser uma unidade de referência, das poucas existentes no país que se dedica à primeira infância mais concretamente às situações em que a relação precoce mãe-filho põe em risco o desenvolvimento psico-afetivo da criança considero que, estagiar neste local, ainda que por um curto período de tempo, foi bastante benéfico para a minha formação no âmbito da especialidade e para a minha prática profissional.

A escolha da UCIN justificou-se por ser um serviço que se articula com o serviço de cardiologia pediátrica e pela necessidade de perceber as implicações que o nascimento de um bebé prematuro tem na transição para a parentalidade. O estágio decorreu no período de 26 de Outubro a 15 de Novembro de 2015. Esta Unidade foi inaugurada a 23 de Abril de 1983 e atualmente tem uma lotação de 12 camas, oito destinadas a cuidados intensivos e quatro a cuidados intermédios, onde se, presta cuidados médico-cirúrgicos provenientes do Bloco de Partos, Serviço de Obstetrícia, Serviço de Urgência Pediátrica e, ainda, de outros Hospitais da Região Sul do País e Regiões Autónomas que não têm capacidade para dar resposta a situações de cirurgia ou de alto risco de vida para o RN. Pelo número elevado de enfermeiros especialistas nesta unidade e pelos diversos projetos instituídos considero que estagiar neste local me ajudou a perceber as implicações que o nascimento de um bebé prematuro tem na transição para a parentalidade o que foi bastante benéfico para a minha formação.

O estágio no SUP decorreu entre 16 de Novembro a 6 de Dezembro de 2015 e foi escolhido por ser a urgência pediátrica de eleição na área da pedopsiquiatria e pela necessidade de desenvolver competências de EESCJ em contexto de urgência. Os serviços de urgência pediátricos estão pensados de forma a proporcionar assistência médica descontínua e concreta, em situação de doença aguda (Caldeira et al., 2006). Neste caso em concreto, posso

referir que este SUP existe para dar resposta assistencial especializada a crianças com idade compreendida desde o nascimento até aos dezoito anos, em situações emergentes ou urgentes (HDE, 2006). São admitidas no SUP crianças que recorrem por iniciativa dos pais, transferidas de outras instituições tais como, hospitais ou CS, referenciadas pela Linha de Saúde 24, Tribunais, Ministério Público, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens ou através do Instituto Nacional de Emergência Médica. O SUP recebe crianças não só da área de abrangência do Hospital em questão, mas também utentes pediátricos que residam a sul de Portugal, quando apresentem um estado de saúde que necessite de cuidados emergentes ou urgentes. Este serviço divide-se em Urgência Médica e Cirúrgica que embora com espaços físicos distintos, tem uma equipa de enfermagem comum.

O estágio no Serviço de Cardiologia Pediátrica, realizado entre 7 de Dezembro de 2015 e 10 de Janeiro de 2016 foi selecionado como local de estágio por ser o meu atual contexto de trabalho e com o intuito de realizar cuidados antecipatórios promotores da parentalidade, auscultando as principais dificuldades dos pais no cuidar e educar dos seus filhos com patologia cardíaca. Este serviço foi criado em 1987, constituindo um marco determinante na história da cardiologia pediátrica portuguesa. A sua missão é prestar cuidados de saúde especializados na área das doenças cardiovasculares à população pediátrica. Simultaneamente, é seu objetivo investigar e educar nesta área de acordo com os mais elevados padrões técnico-científicos, éticos e organizacionais. Este serviço acolhe crianças desde o nascimento até aos 18 anos, sendo que em situações particulares esta idade pode estender-se até aos 25 anos. De facto, em casos especiais, como a doença crónica, a idade da criança pode ir além dos 18 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso (OE, 2010). Para além de receber crianças de todo o país, o serviço também recebe crianças oriundas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), sendo a principal causa de internamento a necessidade de realizar cateterismo cardíaco, de diagnóstico ou de intervenção. Embora o Hospital não possua Serviço de Urgência, há uma referenciação direta das Urgências Pediátricas para o médico de urgência interna que está de Serviço. Do espaço físico destaco o refeitório/ sala de atividades, a sala de tratamentos, quatro quartos com um total de 10 vagas, a sala de cuidados especiais com quatro incubadoras e duas casas de banho para as crianças e suas famílias.

O estágio na UCC e na UCSP pertencentes à Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) decorreu desde 11 de Janeiro de 2016 a 12 de Fevereiro de 2016. A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo foi criada a 1 de Outubro de 2008, integrando um Hospital Central, uma Unidade de Saúde Familiar e 13 Centros de Saúde, do qual fazem parte a UCSP e a UCC, onde realizei estágio, com a missão de prestar cuidados de saúde personalizados à população inscrita nos respetivos centros de saúde.

A preferência pela UCC, adveio sobretudo desta integrar na sua carteira de serviços a articulação com o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Nesta unidade, pretendi perceber como o EESCJ se articula com a restante equipa multidisciplinar no âmbito do SNIPI e compreender como se articulam com outros parceiros da comunidade nomeadamente na referenciação de crianças/jovens com incapacidades. Quanto às instalações, esta Unidade funciona no edifício sede e tem como importante recurso a Unidade Móvel de Saúde que permite a operacionalização de alguns dos seus programas/ projetos. A Carteira Básica de Serviços da UCC integra vários projetos de intervenção na comunidade, nomeadamente a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (cuidados domiciliários e paliativos), Saúde Escolar, Saúde Oral na escola, Intervenção Precoce, Comissão de Proteção de Criança e Jovens (CPCJ), o Núcleo de Crianças e Jovens em Risco, a Equipa de Prevenção de Violência no Adulto, e Preparação para a Parentalidade. Apresenta também alguns projetos adicionais desenvolvidos pelos Enfermeiros da UCC como Gestão da doença crónica (na Diabetes e Hipertensão), Gabinete de Apoio ao Adolescente, e um projeto de articulação com o departamento de Saúde Mental do Hospital de Beja.

Na UCSP, anterior local de trabalho, pretendi conjuntamente com a equipa de enfermagem refletir acerca das dificuldades e necessidades dos pais no exercício do papel parental bem como encontrar, estratégias para as minimizar. Quanto às instalações, a UCSP exerce a sua atividade em três extensões de saúde e no edifício sede. A carteira básica de serviços da UCSP de Aljustrel inclui programas integrados no plano de ação do ACES de onde destaco os cuidados em situação de doença aguda e, a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida, tais como: planeamento familiar, saúde materna, saúde infanto-juvenil (inclui exame global de saúde), vacinação, saúde do adulto e do idoso, grupos de risco: diabéticos e hipertensos, vigilância oncológica e cuidados no domicílio.

2.2. Definição dos objetivos gerais e específicos

Por meio da problemática referida e explicitada, do quadro conceptual apresentado e face à finalidade da referida unidade curricular, que consiste no desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família (ESEL, 2015), definiram-se dois objetivos gerais, como já referidos na introdução, o primeiro transversal aos diferentes locais de estágio e o segundo mais dirigido à problemática específica:

- Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;
- Promover a utilização de estratégias facilitadoras do desenvolvimento de competências parentais durante a primeira infância.

Tendo por base os objetivos gerais, foram definidos os objetivos específicos que, segundo Mão de Ferro (1999) são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo, assim temos como objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos sobre o processo de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente e respetiva avaliação;
- Conhecer a realidade e a dinâmica dos diferentes contextos de estágio;
- Desenvolver competências no cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Desenvolver capacidades de comunicação com a criança/família nos vários estádios de desenvolvimento;
- Identificar as necessidades e dificuldades dos pais no exercício da parentalidade;
- Identificar estratégias de intervenção promotoras da parentalidade positiva;
- Conhecer as perspetivas dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre a parentalidade.

A pertinência destes objetivos revela-se elevada, considerando como alvo de intervenção do enfermeiro nesta área de especialidade, a criança, o jovem e a família.

2.3. Análise e reflexão das atividades e competências desenvolvidas em estágio

A OE (2010a, p.2) define que o EE detém “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”. Relativamente às competências desenvolvidas ao longo do estágio e de acordo com Benner (2005) as competências e práticas competentes referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em contextos reais que englobam a noção de cuidados de enfermagem competentes e as capacidades de julgamento clínico. Neste sentido e partindo dos objetivos específicos propostos e integrando as principais atividades desenvolvidas ao longo do estágio, a reflexão e análise crítica subsequentes, evidenciam a aquisição e desenvolvimento de competências de EE e EEESCJ encontrando-se por isso organizadas de acordo com os objetivos gerais delineados.

2.3.1. Desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

A avaliação do crescimento e do desenvolvimento das crianças/ adolescentes trata-se de uma área que, apesar de já ter alguma experiência, tive necessidade de aprofundar conhecimentos. Assim, pretendi desenvolver competências de apreciação e interpretação nesta área pelo que procurei participar em atividades neste âmbito nos campos de estágio, UCC e UPI.

Na UCC participei nas consultas de saúde infantil com a aplicação do instrumento de rastreio – Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil (*Schedule Growing Skills II*). Por já ter experiência na aplicação da Escala Mary Sheridan, optei por esta escala, dadas as suas qualidades enquanto instrumento de avaliação e por permitir fazer um rastreio rápido e eficaz do grau de desenvolvimento da criança. Depois da experiência de aplicação desta Escala, posso referir que a considero bastante mais minuciosa que a Escala Mary Sheridan já que avalia nove áreas de competência e ainda a área cognitiva em catorze níveis de idade. Nas consultas de vigilância de Saúde Infantil tive oportunidade de observar e avaliar crianças de forma a sinalizar e proporcionar-lhes apoio continuado, promovendo uma

articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças, tal como é preconizado pelo PNSIJ (2013).

Nesta UCC estão inscritos 7260 clientes sendo que, 960 incluem a população em idade pediátrica (Fonte: RNU). Das crianças referidas 30 são seguidas na pedopsiquiatria, ou seja, cerca de 3,1% (Fonte: Sonho – Estatística da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo). De acordo com a OMS (2000) 10 a 20% das crianças têm problemas de saúde mental das quais metade terá mesmo uma perturbação psiquiátrica. Sendo esta uma necessidade percecionada pela equipa de enfermagem, optou-se por desenvolver uma sessão intitulada “A Família e a Criança com Perturbação do Espectro do Autismo”. De acordo com Santos (2015) os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes são frequentes, podem afetar profundamente o desenvolvimento e a autonomia do futuro adulto, e muitos deles tendem a ter uma evolução crónica, com repercussões negativas e graves a nível familiar, educativo e familiar. Segundo o mesmo autor existe evidência de que a intervenção precoce nos problemas da criança pequena, e particularmente, junto da mulher grávida pode ter um valor preventivo único e uma maior eficácia para a resolução dos problemas de saúde mental pelo que, se delinearão como objetivos para esta sessão alertar para a importância do despiste precoce das alterações de desenvolvimento das crianças com Perturbação do Espectro do Autismo e dar a conhecer a escala *The Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) para a avaliação de crianças em idade *Toddler*. Tendo em conta que, segundo McWilliam (2012), os problemas de comportamento identificados nas idades pré-escolares têm uma grande probabilidade de persistirem na adolescência e na idade adulta considero que se conseguiu sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância de um diagnóstico correto e atempado o qual favorece o início de programas de intervenção precoce, sendo estes decisivos para o desenvolvimento destas crianças. Considero que esta atividade me auxiliou no desenvolvimento da competência de EE: “C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar (OE, 2010a).

De acordo com a Lei nº 119/2015 de 22 de Junho (2015) para além de se detetarem conhecimentos e habilidades nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil, realizando a avaliação de crescimento e desenvolvimento, os enfermeiros necessitam de colocar em prática as suas competências técnicas e relacionais, identificando fatores stressores, prevenindo situações problemáticas e, referenciando-as a outros profissionais de forma antecipatória. Neste sentido, destaco as consultas de enfermagem que tive oportunidade

de observar e integrar na UPI, nomeadamente consultas dos “bebés irritáveis”, consulta dos “bebés silenciosos” e consulta das “primeiras papas”. Em todas estas consultas houve sempre uma preocupação em compreender o conjunto, Pai-Mãe-Filho uma vez que, toda a equipa considera que esta é a unidade de desenvolvimento psicológico infantil. Também para Strecht (2001) esta interação, e a sua qualidade emocional proporcionam ao bebé a emergência de um “eu”, de uma identidade primária. De acordo com Gonçalves (2003) devemos estimular os fatores protetores familiares para melhorar as nossas intervenções. Considero que todas as atividades anteriormente referidas me permitiram desenvolver competências no âmbito da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil tal como descreve a unidade de competência E 3.1. “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2010). Com o intuito de desenvolver esta competência destaco também a aplicação de questionários aos pais de crianças da UCC e da UCSP. Este instrumento revelou-se uma mais valia em crianças com um temperamento difícil no sentido de ajudar os pais a compreenderem e a lidarem com o comportamento do seu filho. Percebi que, para muitos pais existe confusão com o termo disciplina e limites. Segundo Hockenberry (2014) disciplina refere-se à ação tomada para forçar o cumprimento das regras depois da sua transgressão. Por outro lado, segundo a mesma autora, colocar limites diz respeito ao estabelecimento de regras ou orientações para o comportamento, ou seja quanto mais claros forem os limites colocados e a consistência do seu cumprimento, menos necessidade existe para uma ação disciplinar. De acordo com o que os pais me verbalizaram aquando da aplicação dos questionários pude constatar que nem todos os pais atribuem importância ao estabelecimento de limites e à sua importância para o desenvolvimento da criança. De acordo com a American Academy of Pediatrics (2005) nos primeiros três anos de vida, o cérebro humano tem grande potencial para a aprendizagem e os pais têm oportunidade de otimizar o desenvolvimento do seu filho. A maioria dos pais referiu desconhecer métodos não violentos que se possam implementar para lidar com o mau comportamento das crianças, tais como, o “Time-Out”. De acordo com Hockenberry (2014) a criança ao ser colocada num local pouco estimulante e isolado, começa a ficar aborrecida e consequentemente concorda em comportar-se de forma adequada para poder reinsерir-se no grupo familiar. Desta forma, considero que a aplicação de questionários permitiu-me intervir junto dos pais de forma mais adequada, realizando várias intervenções no âmbito do desenvolvimento infantil e assim desenvolver a unidade de competência “E 3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infante-juvenil” (OE, 2010).

Considero que o estagio no SUP, nomeadamente o atendimento na triagem me permitiu desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados à criança /jovem e família em situações de especial complexidade. O atendimento na triagem permitiu consciencializar-me da importância da rapidez e do direcionar a observação e avaliação para aspetos importantes e priorizar o atendimento dos clientes. Do que observei, senti que o enfermeiro que integra a triagem deverá ter um olhar atento a sinais e sintomas, além de uma escuta ativa relativamente às queixas verbalizadas pela família, no sentido de rapidamente verificar a gravidade da situação. O sistema de triagem é baseado na triagem de Manchester adaptado à realidade do Hospital em questão (2006). Este procedimento é realizado segundo uma observação sistematizada mas atualmente não uniforme por toda a equipa. Tanto a equipa de enfermagem como eu partilhamos da opinião que há a necessidade de aumentar a qualidade da triagem, através da normalização do fluxograma de decisão adaptado à realidade do SUP deste Hospital.

Para além da triagem, passei também por outras experiências noutras valências do serviço de urgência, nomeadamente na sala de tratamentos. Colaborei com o EE no desempenho das suas funções, na prestação de cuidados especializados promovendo a participação ativa da criança/família em todo o processo, tendo sido sempre anteriormente explicados os procedimentos a realizar. Segundo Barros (2003) e Jorge (2004) as crianças têm uma ideia do que é o hospital, ideia essa que varia conforme as suas vivências anteriores; a relação que se pode estabelecer entre a criança e o hospital, envolve o medo, o desconforto físico e a dor, além da separação e ansiedade. Do que observei, senti que para as crianças e pais o atendimento no SUP é maioritariamente uma situação de angústia, medo e stress, onde se deparam com uma situação inesperada de doença. Por este motivo, em todos os momentos houve consciência do impacto do stress que o contexto de uma urgência hospitalar causa na criança/família e no seu bem-estar, tentando sempre incluir nas intervenções realizadas estratégias que o minimizassem. Como estratégias mobilizadas pelos EE na abordagem aos pais em situação de urgência destaco a comunicação com a criança/jovem, de acordo com o seu estadio de desenvolvimento, sendo sempre explicados todos os procedimentos que se iriam efetuar e pedindo-lhe a sua colaboração. Tal é igualmente válido para os pais com os quais se procurou sempre assumir uma parceria de cuidados, incluindo-os nos procedimentos a realizar ou se tal não fosse possível pedindo colaboração para serem a fonte de conforto e segurança do seu filho.

Da experiência em SO, destaco as situações de hospitalizações inesperadas. Pude constatar tal como afirma Jorge (2004, p.13) “é sempre com apreensão que os pais aceitam a hospitalização de um filho. O seu papel de protetores desaparece aos seus olhos (...) perante a necessidade de aceitar as decisões de profissionais.” Como estratégias mobilizadas pela Enfermeira orientadora destaco a sua atitude de apoio e de confiança no sentido de preparar o melhor possível os pais para a transição de saúde-doença, mas também de situação, indo ao encontro do que é defendido por Meleis (2010), dando-lhe o suporte emocional possível na altura. O Enfermeiro é o candidato mais provável para satisfazer as necessidades da família, principalmente as necessidades de apoio, de forma a que os pais sintam que os enfermeiros são sensíveis e estão dispostos a ajudar (Curry, 1995).

Ainda no âmbito do estágio realizado no SUP tive oportunidade de participar no 6º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria “Novos Cenários em Pediatria” o qual me fez refletir sobre a presença parental em situação de Paragem Cardio-Respiratória (PCR) em que de acordo com Fullbrook, Latour & Albarran (2007), as necessidades experimentadas pela família da criança/jovem são muitas vezes relegadas para segundo plano já que em contexto de cuidados críticos, os enfermeiros tendem a valorizar as necessidades da pessoa de quem cuidam. Durante o estágio não houve oportunidade de presenciar nenhuma situação de PCR, mas de acordo com a comunicação de Luis Pereira “a presença dos pais deverá ser opcional para todas as famílias, e nas famílias que estão presentes deverá haver a preocupação de um dos elementos explicar e justificar as intervenções junto do filho uma vez que, só desta forma se consegue aumentar a confiança nos profissionais que estão a atuar, diminuir a ansiedade e eventualmente conduzir a uma maior aceitação de más notícias.” Segundo a American Heart Association os familiares que presenciam uma situação de PCR, recomendá-la-iam a outros (Kleinman et al., 2010). Considero que esta experiência me permitiu cimentar competências relacionais tais como, escutar com atenção o utente/família, mostrar disponibilidade, ajudando-o a orientar o seu discurso, por vezes desorganizado em situações de urgência, procurando manter uma postura de tranquilidade, segurança e cordialidade. Esta postura vai ao encontro do preconizado por Oliveira (2009, p.22) que destaca que o “EESIP deve estabelecer um relacionamento interpessoal ponderado, assertivo, transparente e catalisador, fomentando a partilha de informação, as capacidades de escuta e de persuasão, promovendo um clima de serenidade e cordialidade”. No desenvolvimento de competências comunicacionais destaco também o estágio realizado na UPI onde tive oportunidade de assistir a consultas em que a EE teve a preocupação de adequar a comunicação e a linguagem

ao grupo etário da criança, tendo também o cuidado de adotar estratégias para promover a linguagem da criança. Destas estratégias saliento uma que considerei como das mais eficazes, o “Tornar-se modelo”, ou seja, a enfermeira não criticou a criança mas fez-se passar por modelo, dando exemplos do que a criança deveria/poderia dizer. Esta estratégia foi muito mais estimulante para a criança tornando-a muito mais positiva e afirmativa, do que se fosse constantemente criticada. Considero que a comunicação de toda a equipa da UPI vai ao encontro das estratégias preconizadas por Pérez- Robles & Ez Peleta (2015) ou seja, desenvolver disponibilidade emocional nos adultos de referência para responderem às necessidades físicas e emocionais da criança. Penso que tanto este estágio como todos os outros me permitiram explorar o desenvolvimento de competências de comunicação e disponibilidade tal como descrito na unidade de competência E 3.3 (OE, 2010).

Tendo em vista, a obtenção contínua de ganhos em saúde na população pediátrica o PNSIJ (2013) preconiza que nas consultas de vigilância se sinalize e proporcione apoio continuado às crianças com doença crónica /deficiência e às suas famílias e que se promova uma articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças. Neste sentido, tive oportunidade de acompanhar algumas crianças da UCC do ACES do Baixo Alentejo com atrasos ao nível da linguagem, aquisições tardias e com patologias múltiplas com repercussões ao nível da sua autonomia e do desenvolvimento. Segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar a intervenção precoce na infância é dirigida às crianças até aos 6 anos de idade com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em conta o seu normal desenvolvimento (DGS, 2015). Numa das consultas realizadas nesta UCC no âmbito do SNIPI tive oportunidade de perceber o impacto que tem numa criança o facto de esta se “sentir diferente”. Segundo a Convenção dos Direitos da Criança nomeadamente o artigo 23º onde se destaca especialmente a proteção a dar à criança portadora de incapacidade, dando a ideia que os cidadãos portadores de incapacidades não devem ser vítimas de discriminação e tratamento diferenciado (UNICEF,1990). Houve um claro investimento do EESCJ no sentido de tanto a criança como a família se sentirem apoiados não só no âmbito da educação (articulação com a professora), da saúde (clarificação quanto à patologia) mas também a nível social (apoio financeiro, tendo-se referenciado para a assistente social). Segundo McWilliams (2012) quando trabalhamos com famílias de crianças pequenas com necessidades especiais, uma das prioridades é planearmos o modo de as ajudarmos. Ao longo do estágio procurei cuidar “da criança/jovem e família nas situações de

especial complexidade” (OE, 2009, p.22), em contexto comunitário, considerando a família, mais concretamente os pais, como parceiros e alvo dos meus cuidados. Participei em reuniões de enfermagem onde se discutiram casos complexos e onde a EESCJ se assume como um elemento de suporte nestes processos, indo ao encontro do que é regulamentado pela OE (2011, p.12) elege “metodologias de organização (...) promotoras da qualidade, (...) inerentes ao método de trabalho por enfermeiro de referência (gestor de caso)”. Assim, como indica a OE, artº7 (2010) o EE deve deter competências na área da gestão e supervisão de cuidados, no âmbito da formação, investigação e assessoria. Neste sentido, considero que esta experiência me auxiliou a atingir o objetivo “perceber como o EESCJ se articula com a restante equipa multidisciplinar no âmbito do SNIPI “ e no desenvolvimento da unidade de competência “E 2.5. – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE, 2010). Considero que o presente estágio me auxiliou no correto encaminhamento e articulação entre os diferentes técnicos e serviços, o qual pode ser de grande relevância na qualidade e individualização dos cuidados.

2.3.2. Promoção de estratégias facilitadoras do desenvolvimento de competências parentais durante a primeira infância

Os cuidados de enfermagem assentes numa prática reflexiva são um importante contributo para a melhoria destes e da própria ciência de enfermagem. Neste sentido e com o intuito de refletir sobre a promoção da vinculação pais-bebés irei incidir-me sobre a experiência em dois dos locais de estágio, UCIN e Serviço de Cardiologia Pediátrica.

Em relação ao primeiro contexto de estágio, UCIN, as atividades realizadas permitiram-me tomar consciência que o nascimento de um filho prematuro, bem como a sua hospitalização vai contra todas as expectativas sonhadas e idealizadas pelos pais. Ser pai/mãe de um RN prematuro faz com que consequentemente sejam pais prematuros. Segundo Cox (2002), as barreiras físicas presentes na UCIN, como as incubadoras, dificultam o desenvolvimento de laços afetivos entre pais e filhos, não havendo frequentemente um acesso livre das famílias ao ambiente imediato da criança. Considero que o EESCJ poderá aqui assumir um papel preponderante tentando superar estas necessidades e minimizar as consequências negativas resultantes da recente separação. Neste sentido, foi possível observar na prática clínica diária dos enfermeiros que estes encaram os pais como parceiros no cuidar e procuram instituir um plano assistencial ao RN e família, de modo a promover a continuidade

do processo de vinculação. Os enfermeiros têm a preocupação de esclarecer os pais, de forma gradual e orientada, quanto aos cuidados que podem prestar ao seu filho uma vez que, de acordo com Potter, Perry, Stockert & Hall (2013) os pais ativamente envolvidos nos cuidados ao seu filho, ao longo do internamento, desenvolvem um vínculo mais forte com o seu bebé. Com vista à promoção da vinculação pais-bebés prematuros (pré-termo) não poderia deixar de referir o projeto “Mãe- Canguru” instituído nesta unidade desde 2010. O Método Canguru revelou-se, no meu entender, como uma intervenção autónoma de enfermagem bastante benéfica para o estabelecimento de uma relação de vinculação. O Enfermeiro ao promover este método junto da família está a proporcionar um ambiente aconchegante, seguro e rico em estímulos, que é fundamental para a maturação cerebral (Tornhage, Stuge, Lindberg & Serenius, 1999; Klaus, Kenell & Klaus, 2000). Segundo o mesmo autor a separação precoce e prolongada entre a mãe e o bebé podem levar ao atraso no desenvolvimento e sequelas neurológicas.

Em relação ao estágio no serviço de Cardiologia Pediátrica considero que a prestação de cuidados neste serviço contribuiu bastante para o desenvolvimento desta competência e para a minha aprendizagem. Da minha observação participativa percebi que os pais de crianças com cardiopatia congénita vivenciam momentos de ansiedade, de tristeza perante um filho diferente do idealizado. Barão (2014) refere que o nascimento de uma criança com problemas de saúde é um exemplo de período de grande vulnerabilidade para os pais, pelo confronto com o desconhecido e por se sentirem incapazes e inseguros perante uma situação inesperada. Segundo a mesma autora quando os pais são confrontados com o diagnóstico de cardiopatia congénita inicia-se um processo de múltiplas alterações e ajustamentos a nível psicológico, familiar e social, dada a doença poder ter um carácter permanente. O vazio intensifica-se quando uma mãe não pode acompanhar o seu bebé, que lhe é retirado ainda na maternidade dada a severidade do quadro clínico da criança, podendo conduzir a sentimentos de negação e rejeição do seu papel de mãe, perante a visão de um berço vazio (Simões, Pires & Barroca, 2010). Os mesmos autores alertam para o facto de no caso dos RN, a separação nas primeiras horas originar nos pais, sentimentos de tristeza, fragilidade, ansiedade, revolta e culpa. Tendo em conta o impacto negativo desta separação a equipa de enfermagem procura minimizar os seus efeitos e as possíveis consequências no processo de vinculação, atendendo às necessidades dos pais e tornando a experiência da hospitalização menos traumática, limitando sempre que possível a separação pais-criança. Na prestação de cuidados procurei incentivar os pais a tocarem e a estabelecerem contacto visual com o seu filho tendo também

a preocupação de lhes explicar os benefícios que estas intervenções têm na criança. Segundo Diaz-Caneja, Gledhill, Weaver, Nadel, Garralda (2005) o suporte fornecido aos pais e as intervenções que minimizam as condições de separação da criança e promovam a sua inclusão nos cuidados podem promover a parentalidade e a vinculação. O mesmo foi corroborado em algumas das comunicações a que assisti nas Jornadas de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar Lisboa Central. Saliento a comunicação de uma enfermeira, M^a João Nascimento que fez apelo a alguns teóricos do desenvolvimento infantil como Bowlby, mais concretamente os comportamentos que o bebé adota para manter a relação com as figuras de vinculação: o chorar, sorrir, mamar, agarrar e seguir, bem como em Winicott e Spitz uma vez que estes autores fazem alusão ao ambiente neonatal propício ao desenvolvimento psíquico, centralizando-se na interação mãe-bebê. Também nestas Jornadas o Dr. Pedro Caldeira salientou a importância de se “escutarem os pais” uma vez que todas as preocupações verbalizadas por estes são importantes, são eles que muitas vezes permitem uma referenciação precoce. Assim no âmbito das competências específicas de EEESCJ, mais concretamente “E 3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” (OE, 2010), considero que todas as atividades realizadas nestes contextos de estágio contribuíram bastante para o desenvolvimento desta unidade de competência.

Almejando a saúde infantil e a prevenção da doença ou disfunções na criança (DGS, 2013) e a salvaguarda dos seus direitos, procurei estabelecer uma relação de parceria com os pais, reconhecendo, com eles, o seu “potencial de saúde (...), através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida” (OE, 2002, p.9), no sentido do “bem-estar e autocuidado” (OE, 2002, p.9) familiares. Na opinião de Barros (2001b) o internamento de um filho conduz ao desequilíbrio do casal, afetando o seu bem-estar e dificultando a sua capacidade em desempenhar o papel parental. Em muitas das situações das crianças hospitalizadas percecionei, por parte dos pais, angústia perante a morte, uma vez que sentem a situação de doença do filho como perigosa, mesmo após a correção cirúrgica. De acordo com Barros (2001b) ajudar os pais a adquirirem competências parentais positivas e a lidarem com as características específicas dos seus filhos, prepara-os para assumirem gradualmente a responsabilidade pelos cuidados. De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática da Ordem dos Enfermeiros - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização, a preparação dos pais para participarem nos cuidados, implica que haja uma negociação favorável e satisfatória com

os enfermeiros. Negociar implica discutir, obtendo acordos e resultados, daí que a comunicação se revele de importância fundamental (OE, 2015). Segundo Gottlieb & Feeley (2005) a parceria está associada à partilha de poder e de conhecimentos, definição de objetivos comuns centrados na pessoa, participação ativa de todos os parceiros e concordância de todos os parceiros na relação. Neste sentido, foi possível observar, ao longo de todos os estágios, diversas estratégias capazes de potencializar recursos e converter esforços em atividades sistematizadas que otimizem o processo de parceria.

Em contexto de estágio na UPI, destaco a participação nas palestras “Baby Talks” que decorreram em várias Escolas Secundárias da Área de Lisboa onde o principal objetivo foi sensibilizar os adolescentes para as temáticas da primeira infância e das boas práticas parentais. Assisti também a uma outra sessão direcionada a educadoras de infância, denominada “Ajudar crianças com pais doentes” em que se abordou o impacto que as doenças mentais têm nas questões da parentalidade positiva e nos estilos parentais uma vez que, tal como refere Weitzman, Rosenthal & Ying-Hua (2011), as crianças que moram com pais com sintomas depressivos ou outros problemas mentais têm maior hipótese de apresentarem problemas emocionais e de comportamento. Saliento também a participação nas Jornadas de Pedopsiquiatria em que, com a exposição de alguns estudos de caso, foi possível demonstrar a evolução da díade mãe-criança após intervenção terapêutica da equipa. Na minha perspetiva, a interação dos profissionais com a díade mãe-criança permitiu, em alguns dos casos, a capacitação dos pais para que estes revelassem as suas habilidades no atender das necessidades dos filhos. Como refere Sandler et al. (2010, citado por Cardoso 2011) as mudanças nos comportamentos parentais conduzem a alterações no comportamento da criança e essas persistem no tempo.

Na UCIN foi claramente notório que os EESCJ reconhecem a importância da permanência da família junto do RN com o intuito de melhorar o seu estado de saúde e favorecer a adaptação da família ao novo ambiente com o mínimo sofrimento pelo que, desde 2009, implementaram o projeto “Acolhimento aos pais”. De acordo com este projeto preconiza-se que o enfermeiro acolha a família de forma humanizada, ajudando os pais a assumirem o papel de pais de um bebé doente. Considero que esta estratégia, em conjunto com a valorização de sentimentos verbalizados pelos pais são os primeiros passos para o estabelecimento de uma relação de ajuda com o(s) pai(s)/família. De acordo com Cleveland (2008) fornecer orientações aos pais no momento da admissão do RN na UCIN e apoiar emocionalmente os pais mostrando disponibilidade são intervenções de enfermagem

reconhecidas pelos pais de RN internados nas UCIN's como importantes para o desenvolvimento de competências parentais.

No estágio realizado em urgência tive oportunidade de participar no 6º Encontro Nacional de Enfermagem de Pediatria “(Novos) Cenários em Pediatria”, de onde destaco a comunicação de Goreti Mendes que, em conjunto com os momentos de reflexão com a Enfermeira orientadora, auxiliaram-me na prestação de cuidados, tornando-me mais desperta para a importância de trabalhar em parceria com a criança e família/ pessoa significativa. Segundo a oradora, Goreti Mendes, poderão ser vários os fatores que conduzem a fragilidades no processo negocial, tais como: falhas na comunicação, assimetria no poder da relação, indefinição de papéis, e por último o facto de existirem objetivos comuns mas papéis distintos. Neste sentido, ciente da importância do desenvolvimento de uma parceria efetiva com os pais, constatei que, no SUP, os pais acompanham as crianças durante todo o circuito do utente e na maioria dos procedimentos invasivos o que acarreta inúmeras vantagens tais como minimização do medo da separação uma vez que, desta forma é permitida a inclusão da pessoa significativa nos cuidados, cuja presença é securizante e confortante para a criança, minimizando o medo da lesão corporal. O desempenho do EESCJ num serviço de urgência pediátrica centra-se na ajuda da família em crise, capacitando-a para lidar com situações de acontecimentos de vida, como um episódio de doença aguda, proporcionando o desenvolvimento de competências parentais.

Estagiar no atual local de trabalho, Serviço de Cardiologia Pediátrica, permitiu-me constatar a importância que a utilização de técnicas de comunicação adequadas, podem ter no estabelecimento de uma relação de ajuda com os pais. Das técnicas observadas e utilizadas pelos EESCJ destaco o ouvir a família e aprender com ela, comunicar com a mesma antes de tomar decisões de forma a conseguir identificar os seus receios e ajudá-la a ultrapassar os seus medos, o que muitas vezes as impede de conseguir desempenhar o papel parental em contexto hospitalar. Segundo Barão (2014) uma das intervenções necessárias é identificar as necessidades específicas de cada família, tendo em conta a presença das transições de desenvolvimento, situacionais e de saúde-doença. Hopia, Tomlinson, Paavilainen, & Astedt-Kurki, (2005) desenvolveram um estudo sobre a promoção da saúde familiar, em contexto de internamento hospitalar da criança com doença crónica, no qual distinguiram cinco domínios de intervenção de enfermagem que interferem positivamente nesta questão: o reforço da parentalidade, o cuidado com o bem-estar da criança, a partilha da carga emocional, as estratégias de coping e a criação de uma relação de confiança com os enfermeiros.

Uma das dificuldades que tive durante os estágios foi em perceber como poderia avaliar se as intervenções de enfermagem seriam eficazes de forma a promoverem uma transição saudável. Assim considero que, os indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e coping) e os indicadores de resultado (domínio das novas competências, reformulação de identidades e bem-estar nas relações) estudados por Meleis (2010) são possíveis de determinar a eficácia das intervenções de enfermagem realizadas. Desta forma, percebe-se que existem uma série de condicionantes à experiência de transição para a parentalidade e que os enfermeiros são um importante recurso de mobilização, otimização e antecipação dos mesmos, uma vez que o conhecimento do que é expectável é um dos fatores facilitadores da transição para a parentalidade, segundo a teoria das transições. Neste sentido, foi planeada para o estágio no Serviço de Cardiologia Pediátrica a atividade “Consulta de registos realizados no Sclínico no âmbito do papel parental” para posteriormente se elaborar uma proposta para uniformização de registos no âmbito do foco papel parental com o intuito de desenvolver a competência de EE “B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”. Segundo os EESCJ neste Serviço de Cardiologia Pediátrica pude constatar que embora sejam desenvolvidas pela equipa de enfermagem várias intervenções para apoiar a família nos processos de adaptação à parentalidade muitas destas intervenções não são registadas no sistema informático. O sistema informático, *Sclínico*, assenta na CIPE a qual contribui para um aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem. Se o registo de todo o processo de enfermagem prestado, não for efetuado, não se produzem indicadores de avaliação da qualidade. Isto traduz-se não só numa falta de visibilidade da atuação dos enfermeiros como dificilmente transparece o processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Petronilho, 2009). De forma a dar visibilidade às intervenções autónomas realizadas pela equipa de enfermagem, foi solicitada autorização à comissão de Ética para consulta dos registos realizados no período compreendido entre Dezembro de 2014 e Dezembro de 2015, pela qual me encontro a aguardar resposta.

Ao longo deste percurso e com base no modelo de Casey, onde não são estabelecidas fronteiras rígidas entre os cuidados prestados pelos enfermeiros e os cuidados prestados pelos pais, designados de cuidados familiares (Casey, 1995), procurei como futura EESCJ assumir o papel de facilitadora e desenvolver a unidade de competência “E1.1. – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2010).

A promoção de uma parentalidade positiva pressupõe a identificação das necessidades e dificuldades dos pais. Tendo em conta que este foi um objetivo transversal a todos os locais de estágios os conteúdos que se seguem refletem as dificuldades e necessidades verbalizadas pelos pais no desempenho parental e a perspetiva dos enfermeiros face a essas mesmas dificuldades e necessidades.

- Identificar as necessidades e as dificuldades dos pais no exercício da parentalidade

De acordo com a OE (2015, p. 22) “o enfermeiro tem a responsabilidade de envolver os pais, após conhecer as suas necessidades e desejos, no processo de participação na tomada de decisão e nos cuidados”. Neste sentido, há a necessidade de identificar e compreender as principais dificuldades e necessidades dos pais no exercício da parentalidade. Este foi um objetivo transversal a todos os contextos de estágio sendo que, para alguns deles, UCSP, UCC e Serviço de Cardiologia Pediátrica, houve necessidade de utilizar instrumentos, tais como, questionários e grelhas de observação, no sentido de aprofundar conhecimentos sobre as principais necessidades e dificuldades dos pais no exercício da parentalidade.

Nas consultas a que tive oportunidade de assistir na UPI constatei que as principais preocupações verbalizadas pelos pais foram essencialmente: atrasos/ regressões nas áreas da linguagem e audição; dificuldades na relação e nos afetos; aquisições tardias da marcha; alterações ao nível do sono e ao nível do padrão alimentar (recusa alimentar). Nesta Unidade todas as preocupações verbalizadas pelos pais são consideradas como importantes uma vez que, e de acordo com Skinner (1985) o que os pais pensam dos seus bebés, parece influenciar decisivamente não só o tipo de interação que com eles estabelecem, como também as suas estratégias educativas, o que por sua vez vai influenciar o comportamento e desenvolvimento do seu bebé.

Da minha observação participativa na UCIN, verifiquei que no 1º contacto com o RN, os pais têm medo de tocá-lo, vivenciam sentimentos de impotência, pelo que procurei incentivar, sempre que possível, os pais a tocarem e cuidarem do RN. Pelo impacto negativo que a hospitalização tem na criança e família os pais tendem a não antecipar o futuro, vivem um dia de cada vez e esperam que o seu filho possa ter uma vida normal, igual à das outras crianças (Simões, Pires & Barroca, 2010).

Da consulta do sistema informático do SUP do HDE, HCIS, pude constatar que os principais motivos que levam os pais a recorrerem ao SUP são situações de infeção das vias aéreas superiores, dificuldades respiratórias, intoxicações e gastroenterites agudas.

Sendo o serviço de cardiologia pediátrica o meu atual local de trabalho houve necessidade de se identificar as necessidades de aprendizagem dos pais de forma a facilitar a transição para a parentalidade e promover a aquisição de competências parentais. Neste sentido, destaco a importância da elaboração da grelha de observação (Apêndice III) a qual me permitiu identificar áreas referentes ao cuidar da criança com doença cardíaca que necessitam de investimento, de forma a registar as intervenções de enfermagem observadas e aplicadas pelos enfermeiros. Da sua aplicação posso concluir que as principais dificuldades e necessidades dos pais foram ao nível da falta de informação relativamente à doença cardíaca, à alimentação e terapêutica da criança. De referir que muitas vezes, a informação fornecida é extremamente complexa e de difícil interpretação para os pais. Os pais, em algumas circunstâncias são confrontados com informações contraditórias, alguma demora no estabelecimento do diagnóstico, o que os conduz à procura de outras opiniões que lhes permitam satisfazer a necessidade de segurança e confiança. Da aplicação da grelha de observação destaco como principais intervenções observadas: o validar da informação com os pais e o inclui-los na participação dos cuidados. Estas vão ao encontro das intervenções referidas na revisão de literatura que elaborei intitulada “Parentalidade na criança com cardiopatia congénita” (Apêndice IV): negociar com os pais o papel parental; validar a informação e ainda assisti-los no sofrimento. Embora a grelha de observação tenha sido aplicada a um número reduzido de participantes e, não tendo a pretensão de generalizar os resultados, senti que esta me auxiliou no desenvolvimento da unidade de competência E 1.1. – 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 uma vez que, de acordo com a OE (2015), os pais, no hospital, querem continuar a ser pais, e cabe aos enfermeiros, inseridos numa equipa multidisciplinar, terem um papel ativo neste processo com aceitação e integração de forma sólida, da informação e orientação em tempo oportuno.

Segundo Aston (2002) a transição para a parentalidade constitui uma crise ou uma dificuldade. Com o intuito de identificar as dificuldades dos pais bem como, as condições facilitadoras para o exercício da parentalidade optei por aplicar questionários (Anexo I) a pais de crianças saudáveis com idades compreendidas entre os 3 meses e os 3 anos de idade no Centro de Saúde anteriormente referidos. Importa referir que, no sentido de adequar as minhas

atividades e poder alcançá-las atempadamente comecei a trabalhar neste campo de estágio antes das datas previstas. Face ao desenho do projeto específico, comecei desde logo com três atividades: o pedido de autorização à autora do questionário (Apêndice IX), o pedido de autorização ao conselho de administração (Apêndice X) e à comissão de ética (Apêndice V) para a aplicação dos questionários. Este questionário foi construído pela Professora Maria Saudade de Oliveira Lopes e utilizado na sua tese de Doutoramento intitulada “Apoiar na Parentalidade Positiva: áreas de intervenção de Enfermagem” realizada em 2012, a qual permitiu a sua utilização. Para identificar as necessidades e dificuldades dos pais no exercício da parentalidade realizei um estudo descritivo, de natureza quantitativa, onde foram incluídos 50 pais de crianças com idades compreendidas entre os 3 meses e os 3 anos de idade.

A amostra de pais foi, por múltiplos fatores, reduzida em ambos os locais, o que implica ser cautelosa na leitura dos dados obtidos. No tratamento dos resultados do questionário recorreu-se ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) – versão 21. No seu conjunto, estes resultados indicaram que a dimensão de comunicação positiva com a criança foi onde, em média os participantes perceberam maior confiança e onde sentiram menores dificuldades. A dimensão disciplina positiva e das necessidades físicas foi onde em média os participantes referiram maior necessidade de conhecimento e onde sentiram maiores dificuldades e menor confiança, destacando-se itens como o avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança, o estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança, o utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições e a ser um bom modelo para a criança. As dificuldades relacionadas com as necessidades físicas, com a comunicação e com o comportamento e desenvolvimento da criança ocorrem principalmente ao longo dos primeiros 7 meses da criança sendo que, a partir dos 8 meses grande parte dos pais refere dificuldades ao nível da disciplina sendo esta mais acentuada entre os 12 os 24 meses (Apêndice XI).

Conhecer as dificuldades e necessidades dos pais no exercício da parentalidade, percebidas pelos enfermeiros

Os profissionais de enfermagem são recursos de apoio para os pais no exercício da parentalidade positiva e este apoio deve ser centrado nas necessidades dos pais e deve considerar os seus pontos fortes no exercício da parentalidade (Lopes, 2012). Neste sentido, tornou-se pertinente a realização de entrevistas semi-estruturadas aos enfermeiros da UCSP e da UCC de forma a, conhecer as vantagens e as áreas da parentalidade mais valorizadas pelos enfermeiros, identificar as dificuldades e necessidades dos pais no desempenho do papel parental na perspetiva dos enfermeiros e identificar as intervenções de enfermagem facilitadoras da parentalidade positiva. Assim foi elaborado um guião de entrevista (Apêndice VI) que, depois de submetido a pré-teste, foi aplicado aos enfermeiros. Dos vinte enfermeiros pertencentes a ambas as unidades foram incluídos na amostra nove, face aos critérios de inclusão: serem EE e exercerem funções na área de Saúde Infantil há pelo menos, três anos.

Antes das entrevistas os participantes foram informados, de uma forma breve, acerca do objetivo e natureza do estudo, tendo-lhes sido reforçada a confidencialidade e o anonimato, e efetuado o pedido de autorização de gravação áudio das entrevistas, que ocorreram após essa autorização. Todas as entrevistas foram transcritas e os dados foram posteriormente analisados com recurso à análise de conteúdo, segundo as orientações de Bardin (2009).

Os resultados indicam que todos os enfermeiros consideram importante a promoção da parentalidade positiva. Igualmente, segundo a OE (2015) é referido que a parentalidade tem o potencial de promover a saúde e o bem-estar das crianças ou impedir que o modo como se processa o desenvolvimento físico e emocional cause problemas significativos no futuro, quer a nível social quer da saúde (OE, 2015). Desta forma, também os enfermeiros salientaram que a parentalidade positiva conduz à otimização do desenvolvimento, crescimento e estimulação da criança, e nomeadamente, promove o desenvolvimento psicoafectivo. Estes dados são concordantes com o referido pela DGS (2005) que refere que a intervenção nos períodos de gravidez e dos primeiros tempos de vida da criança é primordial para o desenvolvimento psíquico e social da criança. Também para Brazelton (2013) o investimento crescente neste tipo de intervenção educacional é, ainda, justificado pelo reconhecimento do impacto da parentalidade no desenvolvimento e equilíbrio das crianças.

As Sessões Formativas Individuais nomeadamente as Consultas de Saúde Infantil são

descritas pelos enfermeiros como uma intervenção de enfermagem promotora de uma parentalidade positiva. Neste sentido, a DGS (2005) considera que o suporte social e profissional podem ajudar no sucesso desta transição, encontrando-se os profissionais de Cuidados de Saúde Primários em posição privilegiada para intervir. Também para o PNSIJ (2013) o aumento do nível de conhecimento e motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento do exercício da parentalidade e tornam possível que os pais e as famílias o assumam, como direito e dever, cabendo aos profissionais facilita-lo e promove-lo. Nesta linha de pensamento, o Council of Europe (2007), numa das suas publicações, destaca como estratégias promotoras de uma parentalidade positiva a educação parental, designadamente o fornecimento de informação acerca do desenvolvimento infantil. Segundo o Center for Disease and Prevention (2008) são várias as competências da parentalidade positiva: a resposta às necessidades físicas, de saúde e de segurança da criança, a otimização do seu desenvolvimento com uma comunicação e disciplinas positivas. De todas as competências referidas, a mais significativa para os enfermeiros diz respeito ao autocontrolo e estabelecimento de limites. É também neste sentido, que o Council of Europe (2008) define parentalidade positiva como um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança que assegure o seu desenvolvimento, bem como educação e, capacitação, sem violência proporcionando reconhecimento e orientação com a determinação de limites para permitir um pleno desenvolvimento da criança. Também para Brazelton & Sparrow (2013) a disciplina é referida como vantajosa no sentido de promover a longo prazo o autocontrolo, para que a criança seja capaz de estabelecer os seus próprios limites.

No entanto, na opinião dos enfermeiros os pais verbalizam maiores dificuldades relativamente às necessidades básicas e de saúde da criança. O mesmo é corroborado pela investigação que sugere que os pais sentem/referem as seguintes necessidades: falta de conhecimento nos cuidados ao recém-nascido (Aston, 2002), necessidade de demonstração prática de cuidar do RN como por exemplo regurgitação, sono e amamentação (Serçekus & Mete, 2010).

3. QUESTÕES ÉTICAS

Neste capítulo saliento a preocupação tida com o respeito pelos princípios éticos e valores inerentes à profissão de enfermagem e à investigação ao longo de todo o percurso formativo, onde procurei sempre integrar o respeito pelos Direitos Humanos fundamentais, pelos Direitos da Criança, pelos Direitos divulgados na Carta da Criança Hospitalizada, bem como cumprir o Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da OE, Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Lei nº161/96 de 4 de Setembro.

Segundo o Instituto de Apoio à Criança (1999) a criança é agora definitivamente assumida pela comunidade como sujeito de direito e direitos e como um ser humano autónomo, a quem é devida não só proteção especial, mas também respeito e dignidade. A Convenção dos Direitos das Crianças reconhece os direitos das crianças e jovens à saúde, mas como é certo não basta reconhecer os direitos em textos legais ou legalmente aplicáveis para que o seu exercício seja alcançado. Para isso torna-se necessário que sejam criadas as condições para o efeito pelo que, na prestação de cuidados procurei ter sempre em consideração os quatro princípios fundamentais de ética defendidos por Beauchamp e Childress (1999): beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. De acordo com a (OE, 2015a) não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos “gente que cuida de gente” pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora. E quase não seria preciso lembrar que o respeito por si próprio, enquanto pessoa, é condição fundamental para respeitar o outro, ou como afirma Jean Watson, temos de tratar-nos com gentileza e dignidade para podermos olhar os outros com gentileza e dignidade (Watson, 1988).

Face à aplicação dos questionários aos pais procurei igualmente cumprir os critérios éticos da privacidade, desejo de participação, anonimato, confidencialidade. Para a obtenção do consentimento foi elaborado um documento de consentimento informado (Apêndice VII) com respetiva nota introdutória, objetivos do estudo e garantia do respeito pela confidencialidade dos dados (Fortin, Prud’homme-Brisson e Coutu-Wakulczyk, 2003).

Relativamente às entrevistas realizadas aos enfermeiros foram igualmente cumpridos os critérios acima referidos. Na ULSBA, de acordo com os critérios do Centro de Formação, Ensino e Investigação desta Unidade, foi também solicitada a autorização ao Conselho de

Administração (Apêndice X) e o pedido de parecer à Comissão de Ética para a realização de entrevistas e questionários (Apêndice V), o qual foi concedido.

Desta forma, posso concluir que em todo este percurso procurei adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos tal como preconizado pelo REPE (artigo 8.^a do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro).

CONCLUSÃO

Considero que o traçar deste caminho me possibilitou o desenvolvimento de competências de EE e EEESCJ que me permitiram responder com tomadas de decisão e práticas profissionais mais seguras e fundamentadas. Enquanto futura EESCJ, na procura de aquisição e desenvolvimento de competências é imperioso deter-me do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, na perspetiva de que o EESCJ “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família utilizando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados (...) o EESCJ trabalha em parceria com a criança família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica ou mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (OE, 2010, p.1).

Desta forma, pretendi, ao longo dos estágios, ir ao encontro dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, ou seja, tentei intervir numa fase crucial do ciclo vital, desde o nascimento até aos 18 anos de idade, utilizando um modelo conceptual, centrado na criança/adolescente e família sendo este binómio o alvo dos meus cuidados (Lei nº 119 de 22 de Junho de 2015). As experiências em estágio foram bastante importantes porque me permitiram mobilizar quadros de referência presentes na minha prática diária e perspetivar aqueles que me irão orientar enquanto futura EESCJ nomeadamente a Teoria das transições de Afaf Meleis uma vez que, de acordo com Mendes & Martins (2012) qualquer situação de transição, seja qual for a sua natureza tem um forte impacto na esfera familiar, tendo cada família uma forma diferente de reagir e de se adaptar.

De acordo com a OE (2002) os cuidados de enfermagem à família são assim mais do que um mero alargar da esfera de intervenção da enfermagem, são o desenvolvimento de uma abordagem holística de cuidados. Na perspetiva da OE (2010a) o desígnio da ação do enfermeiro especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado com segurança e competência, na avaliação da família e nas respostas às necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar.

Considero que, de um modo geral, os objetivos propostos foram alcançados. Durante este trajeto foram realizadas atividades que me permitiram identificar estratégias utilizadas pelas equipas de enfermagem, nos diferentes contextos de assistência à criança/família, de

forma a promover uma parentalidade positiva. Houve atividades, tais como, a consulta de registos realizados em *sclínico* no âmbito do papel parental no período compreendido entre Dezembro de 2014 e Dezembro de 2015 que não foram possíveis de realizar uma vez que, ainda não foi autorizada a consulta dos dados pela comissão de ética. Planeia-se, à posteriori, a elaboração de documentos importantes para a promoção da melhoria da qualidade de cuidados nomeadamente o esboço de uma proposta para uniformização de registos no âmbito do foco papel parental no serviço de internamento onde exerço funções, após a autorização para consulta dos dados. Neste serviço, irá, também, ser planeada a realização de uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem para divulgação da proposta de uniformização de registos no âmbito do foco papel parental.

Através das entrevistas realizadas aos enfermeiros a exercerem funções em cuidados de saúde primários foram identificadas as necessidades básicas e de saúde como as principais necessidades e dificuldades dos pais no desempenho do papel parental. De acordo com a aplicação dos questionários posso concluir que a dimensão disciplina positiva e das necessidades físicas foi onde em média os participantes referiram maior necessidade de conhecimento e onde sentiram maiores dificuldades e menor confiança. Neste sentido, perspectiva-se a realização de uma sessão de formação com a equipa de enfermagem para divulgar os resultados e equacionar as respetivas estratégias de intervenção a implementar. Não tendo a pretensão de generalizar os resultados obtidos através dos questionários e entrevistas realizadas, será de referir que as amostras, nomeadamente o número reduzido de enfermeiros entrevistados, bem como o número reduzido de pais a quem foi aplicado o questionário, anteriormente referido constituiu igualmente uma limitação. Assim, penso que o número reduzido de pais entrevistados constituiu uma limitação e aponta para a indispensabilidade da realização de uma pesquisa futura com uma amostra de maior dimensão que permita um conjunto de dados sólidos relativamente à população do estudo.

Por último e em jeito de conclusão considero que a prática reflexiva promovida nos contextos de estágio, fundamentada num aprofundar de conhecimentos científicos facilitou a aquisição de competências inerentes a esta prática especializada e assumiu um papel fundamental na construção inicial da minha identidade profissional enquanto especialista. A “prática é em si mesma um modo de se obter conhecimento”(Benner, 2005, p. 12) isto é, o conhecimento nasce da prática e esta cria conhecimento. Segundo Benner (2005) as enfermeiras desenvolvem-se profissional e pessoalmente quando há uma reflexão pessoal, quando há pesquisa, quando há integração desses conhecimentos, o que lhes permite muitas

vezes agir de forma intuitiva. Só assim se poderá evoluir de iniciada a avançada, a competente, a proficiente e por último a perita. Uma prática reflexiva conduz à (re)construção de saberes e tem por base a construção de uma circularidade em que a teoria ilumina a prática e a prática questiona a teoria. Isto pressupõe a apropriação dos saberes da experiência através de um processo de ação e reflexão contínua (Kolb, 1984).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychology*, 44 (4), 709 – 716.

Aligood, M. R. (2000). Nursing theory: The basis for professional nursing. In K.K. Chitty (Eds), *Professional nursing. Concepts and challenges*. (3rd ed.), (pp 246-274). Philadelphia: W.B. Saunders.

American Academy of Pediatrics (2005). *Your Baby's First year* (2^a ed). New York: American Academy of Pediatrics.

Aston, M. (2002). Learning to be a normal mother: empowerment and pedagogy in postpartum classes. *Public Health Nursing*, 19 (4), 284-293.

Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Eds). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (pp.317-343). Lisboa: Fim de Século Edições.

Barão, A. I. (2014). Cuidar da criança e família com cardiopatia congénita – Promoção de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida. ESEL (Dissertação de mestrado). Lisboa.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. (4^aed.). Lisboa: Edições 70.

Barros, L. (2001a). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In Canavarro, M. C. (Eds). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, (pp. 297-316). Coimbra: Quarteto Editora.

Barros, L. (2001b). O Bebé nascido em situação de risco. In M. C. Canavarro (Eds). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, (pp. 235-253).Coimbra: Quarteto Editora.

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

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (1999). *Princípios de ética biomedical*. Barcelona: Masson.

Benner, P. (2005). *De Iniciado a perito – Excelência e Poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Betz, C. (2005). Developmental Transition Care: Children, Youth and Families Receive Care that Supports Development. In M Craft-Rosenberg & M. J. Krajicek (Eds), *Nursing Excellence for Children and Families* (pp.265-284). New York: Sprinfer Publishing Company.

Boud, D., Keogh, R. & Walker, D. (1985). *Reflection: turning experience into learning*. London: Kogan Page.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. Londres: Basic Books.

Brazelton, T. B. (2013). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (13^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.

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

Brazelton, T. B. & Sparrow, J. D. (2013). *O método de Brazelton – A Criança e a disciplina*. Lisboa: Editorial Presença.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Havard University Press.

Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental process. In W. Damon, R. Lerner (Eds). *Handbook of child psychology*. (pp. 993-1028). New York: Wiley, I.

Brown, R. & Ward, H. (2013). *A Decision-making within a child's timeframe* (2nd ed.). London: Childhood Wellbeing Research Centre. Acedido a 14-03-2015. Disponível em https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/200471/Decision-making_within_a_child_s_timeframe.pdf

Canavarro, M. C. & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Eds). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (pp. 225-255). Lisboa: Editora Fim de Século.

Cardoso, L. (2011). *Parentalidade e Problemas de Comportamento em Crianças do Pré-Escolar*. (Dissertação de mestrado publicada). Mestrado em Psicologia da Educação, Madeira.

Casey, A. (1995). Partnership Nursing: Influences on involvement or informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062.

Centers For Disease Control and Prevention (2008). *Babies & Toddlers: Learn Some Positive Parenting Tips*. Atlanta: CDC Features. Acedido 14-06-2015. Disponível <http://www.cdc.gov/Features/Parenting/InfantsToddlers.html>.

Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37 (6), 666-691.

Cohen, J. & Clothier, S. (2005). *Helping young Children Succeed: Strategies to Promote Early Childhood Social and Emotional Development*. Washington DC: Zero to Three & National Conference of State Legislatures.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Geneva: ICN.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Cordeiro, M. (2011). *O grande livro do bebé. O primeiro ano de vida* (7ª ed.). Lisboa: A Esfera dos Livros.

Coyne, I. (1995). Parental participation in care: a critical review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 716-722.

Council of Europe (2007). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg: Council of Europe Publishing. Acedido em 08-06-2015. Disponível em <http://books.google.pt/books?id=JROG3RcY8fkC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>.

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

Cowan C. P. & Cowan, P. A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 44, 412-423.

Cox, C. (2002). Cuidados Intensivos no período neonatal – comunicação e ligação. *Nursing*, 167, 24-39.

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.

Curry, S. (1995). Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias e das crianças hospitalizadas, *Nursing*, 94, 26-30.

Diaz- Caneja, A., Gledhill, J., Weaver, T., Nadel, S., Garralda, E. (2005). A child's admission to hospital: a qualitative study examining the experience of parents. *Intensive Care Medicine*, 31,1248-1254.

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

Direcção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

Direcção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS. Acedido em 4-01-2015. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AGO.2015.pdf

Erikson, E. H. (1976). *Infância e sociedade* (2ª ed.). Rio de Janeiro, Zahar Ed.

ESEL (2015). Programada de Unidade Curricular. Estágio com Relatório. 2015/2016. Lisboa: ESEL.

Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. (Tese de doutoramento).Disponível no repositório aberto da Universidade do Porto.

Fortin, M.F., Prud'Homme-Brisson, D. & CoutuWakulczyk, G. (2003). Noções de ética em investigação. In M. F. Fortin. *O processo de investigação da concepção à realização* (pp. 113-130). Loures: Lusociência

Fullbrook, P., Latour, J. M. & Albarran, J. W. (2007). Pediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: A european survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (7), 1238–1249.

Gonçalves, M. J. (2003). Uma nova perspectiva em saúde mental do bebé: a experiência da Unidade da Primeira Infância. *Análise Psicológica*, 1 (XXI), 5-12.

Gottlieb, L., Feely, N. (2005). The collaborative partnership approach to care: a delicate balance. Toronto: Elsevier Canada.

Halford, W., Petch, J., & Creedy, D. (2009). Promoting a Positive Transition to Parenthood: A Randomized Clinical Trial of Couple Relationship Education. *Society of Prevention Research*, 11, 89-100.

Hallstron I; Runeson I.; Elander G. (2002). Observed Parental needs during their Child's Hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 17, 141-148.

HDE (2006). *Admissão ao Serviço de Urgência Pediátrica*. Lisboa: Boletim Informativo nº 34/05.

Henneman, E. & Cardin, S. (2002). A Practical Approach to Making It Happen. *Critical Care Nurse*, 22, 12-19.

Hockenberry, M. J. (2014). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (pp. 49 – 71). Loures: Lusociência.

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

Hopia, H., Tomlinson, P. S., Paavilainen, E., & AstedS-Kurki, P. (2005). Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*, 212-222.

Instituto de Apoio à Criança (2000). *Refletir sobre as práticas para melhorar o desempenho*. Lisboa: IAC.

Institute for Patient and Family-Centered Care (2011). *Advancing the practice of patient and family-centered care in hospitals: How to get started*. Bethesda, MD: Institute of Patient and Family-Centered Care.

Jorge, A. M. (2004). *Familia e Hospitalização da Criança (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Klaus, M .H., Kennel, J. H. & Klaus, P H. (2000). *Vinculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.

Kleinman, C., Chameides, L., Schexnayder, S. M., Samson, R. A., Hazinski, M. F., Atkins, D. L. ... Zaritsky, A. L. (2010). American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 122 (18), S876-S908.

Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República I Série-A, Nº 205 (04-09-1996). 2959-2962.

Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. Diário da República 1ª Série, Nº 180 (16-09-2009). 6528-6550.

Lei nº 119/2015 de 22 de Junho (2015). Procede à alteração dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República 2ª Série, Nº 119 (22-06-2015).16660- 16665.

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

Mão de Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.

McWilliam, R. A. (2012). *Trabalhar com as famílias de crianças com necessidades especiais*. Porto: Porto editora

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23, 12-28.

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress (4.ª ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. H. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. & Trangenstein, P. (1994). *Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission*. Nursing Outlook.

Melnyk, B. M., Alpert-Gillis L., Feinstein, N. F., Crean H. F., Johnson J., Fairbanks, E. ... Small L. (2004). Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics*, 113 (6), 597-607.

Mendes, M. G. & Martins, M. M. F. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Referência, III Série* (6), 113-121.

Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing Scholarship*, 36(3), 226-32. Acedido 08-06-2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495491>.

Mercer, M. & Ritchie, J. (1997). Tag team parenting of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 12 (6), 331-341.

Monroe, R. A. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Pré-Escolar e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente*, (9^a ed.), (pp. 622 –644). Loures: Lusociência.

Mortensen, O., Torsheim, T., Melkevik, O. & Thuen, F. (2012). Adding a baby to the Equation. Married na Cohabiting Women's Relationship Satisfaction in the Transition to Parenthood. *Family Process*, 51, 122-139.

Oficina de Educação e Cultura da Organização dos Estados Americanos (2010). *Primeira Infância: Um olhar desde a neuroeducação*. Washington D.C.: Organização dos Estados Americanos.

Oliveira, M. H. (2009). Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. *Nursing*, 130, 18-23.

OMS (2000). *World Health Report*. Genebra: World Health Organization.

OMS (2014). *Região Africana da OMS: Mais Saúde para as Pessoas*. Acedido em 14-07-2015. Disponível em http://www.afro.who.int/pt/downloads/cat_view/1492-portugues.html

Ordem Dos Enfermeiros (2002) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Proposta de sistema de individualização de especialidades em Enfermagem*. Lisboa: Conselho Diretivo Nacional.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. In: *Cadernos Temáticos – Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Acedido 20-06-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Lisboa: Ordem dos Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa : OE.

Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança* (8ªed.). Lisboa: McGraw-Hill.

Perez-Robles, R., Ezpeleta, L. (2015). La importància de la disponibilitat emocional en el desenvolupament de l'infant. *Revista de l'Associatí de Mestres Rosa Sensat*, 28, 35-40.

Petronilho, F.A.S. (2009). Produção de Indicadores de Qualidade: A enfermagem

que queremos evidenciar. *Revista Sinais Vitais*, 82, pp.36-44.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., Hall, A. M. (2013). *Fundamentos de Enfermagem* (8ªed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (3ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Reid, T. (2000). Maternal identity in preterm birth. *Journal of Child Health Care*, 4 (1), 23-29.

Sabatés, A. & Borba, R. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (6), 968-973.

Santos, M. C. (2015). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes - Identificar, Avaliar e Intervir* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Serçekus, P & Mete, S. (2010). Turkish Women's perceptions of antenatal education. *International Nursing-Review*, 57 (3), 395-401.

Simões, S., Pires, A. & Barroca, A. (2010). Comportamento parental face à cardiopatia congénita. *Análise Psicológica*, 4 (28), 619-630.

Skinner, E. (1985). Determinants of mother sensitive and contingent responsive behavior: the role of childrearing beliefs and socioeconomic status. In I. E. Sigel (Ed.). *Parental belief systems* (pp. 51-82). New York: Enlbaum.

Soares, I. (2001). Vinculação e Cuidados Maternos: Segurança, proteção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In M. Canavarro (Eds). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, (pp. 75-104). Coimbra: Quarteto Editora.

Spielmann, V. & Taubman-Bem-Ari, O. (2009). Parental Self-Efficacy and Stress-related Growth in The Transition to Parenthood: A comparison between Parents of Pre-and Full term Babies. *Health and Social Work*, 34, 201-212.

Steinhaeuer, P., Leitenberger, M., Manglicas, E., Pauker, J., Smith, R. & Goncalves, L. (1993). *Guide d'évaluation de la compétence parentale*. Toronto: L'Institut pour la Prévention de l'enfance maltraitée.

Strecht, P. (2001). *Interiores*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Svensson, J., Barclay, L. & Cooke, M. (1 2006). The Concerns and Interests of Expectant and New Parents: Assessing Learning Needs. *The Journal of Perinatal Education*, 15 (4), 18-27.

Sword, W. & Watt, S. (2005). Learning needs of postpartum women: does economic status matter? *Birth*, 32 (2), 86-92.

Törnåge, C.J., Stuge E., Lindberg T. & Serenius F. (1999). First week kangaroo care in sick very preterm infants. *Acta Paediatrica*, 88(12), 1402 – 1404.

UNICEF (1990). *A Convenção sobre os os Direitos da Criança*. Acedido em 22-12-2014.

Disponível em

https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Unicef a convenção sobre os direitos da criança

UNICEF, OMS, UNESCO, UNFPA, UNDP, UNAIDS... World Bank (2010). *Facts for life* (4ª ed.). New York: United Nations Children´s Fund.

Watson, J. (1988). *Nursing Human Science and Human Care – a Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing.

Weitzman, M., Rosebthal, D. G., Ying-Hua, L. (2011). Paternal Depressive Symtoms and Child Behavioral or Emotional Problems in the United States. *Pediatrics*. 128 (6), 1-9. Acedido 23-10-2015. Disponível em www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2010-3034.

Wilson, D. (2014a). Cuidados ao lactente, centrados na família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 491 –586). Loures: Lusociência.

Wilson, D. (2014b).Cuidados à Criança em idade Toodler e pré-escolar, centrados na família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente*. (9ª ed.), (pp. 587 –621). Loures: Lusociência.

Wong, D. (2006). Whaley & Wong Enfermagem Pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efetiva de Enfermagem (6ªed). Rio Janeiro: Guanabara Koogan.

Zero to Three Policy Center (2004). *Infant and Early Childhood Mental Health: Promoting Healthy Social and Emotional Development*. Washington, DC.

ANEXOS

ANEXOS I

Questionário

QUESTIONÁRIO

Exma(o) Senhor/a

Eu, Andreia Filipa Veloso Lampreia, enfermeira no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta, encontro-me a frequentar o 6º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste momento estou a desenvolver um projeto de estágio, intitulado “Das competências parentais à promoção do desenvolvimento infantil: desafios para o enfermeiro especialista”. Neste âmbito, pretendo realizar um estudo com o objetivo de identificar necessidades de apoio sentidas pelos pais no desempenho do seu papel de pais de crianças até aos 3 anos de idade do Concelho de Aljustrel e Almodôvar, tendo em vista um melhor desenvolvimento da criança.

O seu contributo, experiência e partilha de dificuldades e facilidades no papel de pais são muito valiosos, pelo que solicito a vossa colaboração.

Esta colaboração, é muito importante e é voluntária. As suas respostas são anónimas e confidenciais. Os dados serão utilizados no âmbito da investigação.

Por favor responda a todas as perguntas, referindo-se ao seu filho mais novo e na idade até 3 anos.

Muítíssimo Obrigada pela sua colaboração

Andreia Lampreia

Contactos:

lampreia.andreia22@gmail.com

Este instrumento foi construído pela Professora Maria Saudade de Oliveira Lopes e utilizado na sua tese de Doutoramento intitulada “Apoiar na Parentalidade Positiva: áreas de intervenção de Enfermagem”. Importa referir que a autora autorizou a utilização do questionário neste contexto.

QUESTIONÁRIO

A. REFERENTE AOS PAIS (Assinale o quadrado ou escreva no espaço correspondente à sua situação)

1. **Grau de parentesco com a criança.** Mãe Pai Outro: _____
2. **Número de filhos:** Filho único Outros filhos
2. **Residência:** cidade vila aldeia. Concelho: _____
3. **Habitação:** própria renda
4. **Estado civil:** casado/união de facto solteiro/a divorciado/separado/a viúvo/a
5. **Situação de empregabilidade:** empregado desempregado
6. **Idade em anos (de quem está a preencher o questionário):** _____
7. **Nacionalidade:** _____
8. **Escolaridade concluída:**

<input type="checkbox"/> 4 anos	<input type="checkbox"/> Bacharelato
<input type="checkbox"/> 6 anos	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> 9 anos	<input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> Curso Formação Profissional	<input type="checkbox"/> Doutoramento
<input type="checkbox"/> 12 anos	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
9. **Remuneração familiar mensal:**

<input type="checkbox"/> Menos de 1000 €	<input type="checkbox"/> De 3001 a 4000 €
<input type="checkbox"/> De 1000 a 2000 €	<input type="checkbox"/> De 4001 a 6000 €
<input type="checkbox"/> De 2001 a 3000 €	<input type="checkbox"/> Superior a 6000 €

B. REFERENTE À CRIANÇA (Assinale o quadrado com X ou escreva no espaço ou espaços correspondentes à sua situação)

1. **Sexo da criança:** Masculino Feminino 2. **Data de nascimento:** ____/____/____

3. **Frequência de creche:** sim não 4. **Tem ama:** sim não

5. **Guarda da criança quando não está na creche ou na ama:** mãe pai avó Outro: _____

6. **Irmãos:** sim não Quantos: _____

7. **Peso da criança ao nascer:** _____

8. **Foi amamentada/leite materno** Sim Não
Se sim até que idade da criança _____

9. **Fez leite de lata ou leite de vaca** Sim Não
Se sim a partir de que idade da criança _____

10. **Características da criança:** (Assinale com X nos as características mais predominantes da criança)

	Quase sempre ou sempre	Algumas vezes	Raramente ou nunca
Sossegada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chora muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dorme mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difícil de alimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brinca sozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brinca com os pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exige muita atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com problemas de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C – APOIOS PARA CUIDAR DA CRIANÇA

(Assinale com uma cruz todos os apoios utilizados e os que considerava necessários.)
(Podem ficar itens sem serem assinalados.)

	Apoios que teve	Apoios que necessitava e não teve
Cônjuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avós da criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guias de orientação elaborados por profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação escrita/Livros/revistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acesso telefônico a enfermeiro especialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitas de enfermeiros a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vizinhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros (especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D – EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE

Cada item deve ser respondido 3 vezes (Na coluna A, B e C coloca-se X no \otimes correspondente)

Os números **1** correspondem a **nada** ou **nenhum**, os **2,3,4** correspondem a valores intermédios até ao máximo de **5** que corresponde a **muito**.

A primeira linha está preenchida para exemplo.

Assim, na utilização da cadeira no carro considerei 4 para a confiança na utilização (quase total), 3 para as dificuldades (algumas) e 2 para a necessidade de mais conhecimento (pouca necessidade).

Desempenho do papel parental	A	B	C
	Sinto-me ou senti-me confiante Nada _____ Muito 1 5	Sinto ou senti dificuldade Nenhuma _____ Muita 1 5	Sinto/ senti necessidade de mais conhecimento Nenhuma _____ Muita 1 5
Na adequada utilização de cadeira no carro	① ② ③ \otimes ④ ⑤	① ② \otimes ③ ④ ⑤	① \otimes ③ ④ ⑤
Nos procedimentos na amamentação	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Nos procedimentos para aleitamento	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A lidar com o comportamento da criança na amamentação/aleitamento	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na introdução de novos alimentos	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na preparação das primeiras sopas	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na identificação dos alimentos saudáveis	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A dar os primeiros banhos	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na preparação de um ambiente seguro (sem perigos) para a criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na identificação de ambientes nocivos para a criança (exposição ao tabaco, chumbo, mercúrio, toxinas)	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A perceber os sinais de doença na criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A cuidar da criança quando está doente	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na resposta às outras necessidades (higiene, vestir)	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na compreensão da importância da vigilância de saúde da criança (levar a consultas e vacinas)	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A conhecer as fases do desenvolvimento da criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A compreender o comportamento da criança de acordo com a idade	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A compreender a importância de uma estimulação equilibrada nos primeiros anos de vida da criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A identificar oportunidades diárias para potencializar o desenvolvimento da criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Saber quais as acções que estimulam a criança.	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤

(continua)

Desempenho do papel parental	A	B	C
	Sinto-me ou senti-me confiante Nada_____Muito 1 5	Sinto ou senti dificuldade Nenhuma_____Muita 1 5	Sinto/ senti necessidade de mais conhecimento Nenhuma_____Muita 1 5
Na escolha de materiais de aprendizagem de acordo com a idade da criança (brinquedos, música, livros)	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Nas atitudes que promovem comportamentos adequados na criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A aproveitar o momento do banho para estimular a criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A aproveitar o momento da alimentação para estimular a criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na interpretação do choro da criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A responder com afecto ao choro da criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A identificar os sinais que a criança utiliza para comunicar	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Nos benefícios para a criança de um relacionamento caloroso e de amor	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
No estabelecimento de actividades que fazem a criança sentir-se especial e importante	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Nas atitudes que proporcionam uma comunicação positiva com a criança (simples, clara e estimulante)	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na compreensão da importância da disciplina para a criança.	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A estabelecer limites à criança sem prejudicar a sua liberdade e necessidade de exploração	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A acompanhar de forma positiva (com ensino e orientação) o cumprimento das regras e limites	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A actuar de acordo com as regras estabelecidas	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A ser um bom modelo para a criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Nas atitudes que promovem disciplina positiva (de ensino e orientação de comportamentos desejáveis)	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤

Idade da criança em que as dificuldades foram mais sentidas: *(Podem ser assinaladas várias idades em cada item)*

	No1.º mês	1 - 3 meses	4 - 7 meses	8 - 12 meses	1 - 2 anos	2 - 3 anos
Nas necessidades físicas/ segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No comportamento e desenvolvimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na comunicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na disciplina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muito obrigada

APÊNDICES

APÊNDICE I

Quadro 1. Cronograma dos estágios

APÊNDICE II

Quadro 2. Planejamento das atividades, recursos, competências a desenvolver e indicadores de avaliação atendendo aos objetivos

Quadro 2. Planejamento das atividades, recursos, competências a desenvolver e indicadores de avaliação atendendo aos objetivos

Objetivo Geral: Desenvolver Competências de EEESCJ			
Objetivo Específico: Aprofundar conhecimentos sobre o processo de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente e respetiva avaliação			
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<p>Realização de pesquisa bibliográfica recente sobre o tema em questão e instrumentos de avaliação</p> <p>Recolha de dados, através de entrevistas às EEESCJ sobre as principais razões que levam os pais a recorrerem à unidades de primeira infância;</p> <p>Integração na equipa multidisciplinar no sentido de observar e colaborar ativamente nas intervenções realizadas nas consultas de avaliação de desenvolvimento;</p> <p>Realização de cuidados antecipatórios promotores do crescimento e desenvolvimento da criança;</p> <p>Observação e participação nas consultas de saúde infantil e pediatria, com a aplicação de instrumentos de rastreio - Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil (SGS II) por Enfermeiros Especialistas;</p> <p>Aplicação do instrumento referido com supervisão;</p> <p>Redação de um documento síntese com as aprendizagens realizadas, competências desenvolvidas, a par da reflexão sobre a experiência</p>	<p>Unidade de Primeira Infância (UPI)</p> <p>Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).</p>	<p><u>Materiais:</u> Computador; Bases de dados; Instrumento (SGS II).</p> <p><u>Humanos:</u> Enfermeiros Especialistas; orientadores de Estágio e Enf.^{os} Chefe.</p>	<p><u>Competências Específicas do EEESCJ:</u> E 3.1. – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E 3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil;</p> <p>E 3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p>
Indicadores de avaliação: E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; E3.1.2 Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.			

Objetivo Geral: Desenvolver Competências de EEESCJ**Objetivo Específico**

Desenvolver competências no cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<p>Realização de pesquisa bibliográfica sobre situações de instabilidade na criança/jovem e família de forma a aprofundar, adquirir e mobilizar conhecimentos;</p> <p>Conhecimento das normas, protocolos instituídos nas várias organizações;</p> <p>Participação nos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESCJ à criança/ jovem e família;</p> <p>Participação e referenciação, em conjunto com o EEESCJ de crianças/jovens com incapacidades para instituições de suporte e para cuidados de especialidade.</p>	<p>UPI, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Serviço de Urgência e Internamento (Serviço de Cardiologia Pediátrica).</p> <p>UCC</p>	<p><u>Materiais:</u> Computador; Bases de dados.</p> <p><u>Humanos:</u> Enfermeiros Especialistas; orientadores de Estágio e Enf.^{os} Chefe.</p>	<p><u>Competências Específicas do EEESCJ:</u></p> <p>E 2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E 2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p>E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.</p>
<p>Indicadores de avaliação: E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória; E2.5.6. Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.</p>			

Objetivo Geral: Desenvolver Competências de EEESCJ

Objetivo Específico

Desenvolver capacidades de comunicação com a criança/família nos vários estádios de desenvolvimento

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<p>Realização de pesquisa bibliográfica de referência sobre a comunicação, princípios e estratégias, de forma a comunicar adequadamente com a criança jovem e família tendo em conta o seu nível educacional, crenças, valores e cultura;</p> <p>Observação e identificação de estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com as crianças, adolescentes e famílias designadamente em situações de doença e internamento;</p> <p>Integração na equipa multidisciplinar no sentido de observar as interações do EEESCJ com a criança e família;</p> <p>Reflexão sobre a intervenção do EEESCJ na equipa de saúde e na diferenciação dos cuidados, através da elaboração de diário de aprendizagem.</p>	<p>UPI</p> <p>UCC</p>	<p><u>Materiais:</u> Computador; Bases de dados.</p> <p><u>Humanos:</u> Enfermeiros Especialistas; orientadores de Estágio e Enf.^{os} Chefe.</p>	<p><u>Competências Específicas do EEESCJ:</u> E 3.3 – Comunica com a criança, jovem e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p> <p><u>Competências Gerais do EE:</u> D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro</p>
<p>Indicadores de avaliação: E.3.31. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.1.1.3. Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais.</p>			

Objetivo Geral: Promover a utilização de estratégias facilitadoras do desenvolvimento de competências parentais durante a primeira infância.

Objetivo Específico

Identificar as necessidades e dificuldades dos pais no exercício da parentalidade

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<p>Observação e cooperação com os pais na prestação de cuidados à criança;</p> <p>Auscultação das dificuldades dos pais no cuidar e educar do seu filho;</p> <p>Aplicação de um questionário aos pais para identificação das dificuldades, bem como das condições facilitadoras do exercício da parentalidade;</p> <p>Elaboração e aplicação de uma Grelha de observação para identificar as necessidades e dificuldades dos pais no exercício da parentalidade, particularmente em situações de doença cardíaca.</p>	<p>UPI, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Internamento (Serviço de Cardiologia Pediátrica) e UCC UCSP</p> <p>UCC e UCSP</p> <p>Internamento (Serviço de Cardiologia Pediátrica)</p>	<p><u>Materiais:</u> Computador; Bases de dados;</p> <p><u>Humanos:</u> Enfermeiro Diretor; Enf.^{os} Chefe. Enfermeiros Especialistas; Enfermeiras de Família; Pais de crianças que recorrem à consulta de saúde infantil;</p>	<p><u>Competências Específicas do EEESCI:</u> E 1.1 – 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.</p> <p>E 3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.</p>
<p>Indicadores de avaliação: E.1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade.</p>			

Objetivo Geral: Promover a utilização de estratégias facilitadoras do desenvolvimento de competências parentais durante a primeira infância			
Objetivo Específico Identificar estratégias de intervenção promotoras da parentalidade positiva			
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<p>Realização de pesquisa bibliográfica baseada na evidência produzida recentemente sobre estudos e programas de promoção da parentalidade de forma a aprofundar e mobilizar conhecimentos e equacionar estratégias a utilizar;</p> <p>Conhecimento de projetos no âmbito da promoção da parentalidade;</p> <p>Observação e identificação de estratégias mobilizadas pelos enfermeiros na abordagem aos pais;</p> <p>Realização de cuidados antecipatórios promotores da parentalidade</p> <p>Colaboração na uniformização dos registos no âmbito do Papel Parental;</p>	<p>UPI, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Internamento (Serviço de Cardiologia Pediátrica) e UCC.</p> <p>Internamento (Serviço de Cardiologia Pediátrica)</p>	<p><u>Materiais:</u> Computador; Bases de dados; Data Show; Sala Enfermeiro Diretor;</p> <p>Enf.^{os} Chefe. Enfermeiros Especialistas; Enfermeiras de Família;</p>	<p><u>Competências Específicas do EEESCI:</u> E 1.1 – 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.</p> <p>E 3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.</p>
Indicadores de avaliação: E.1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E.3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo.			

Objetivo Geral: Promover a utilização de estratégias facilitadoras do desenvolvimento de competências parentais durante a primeira infância.			
Objetivo Específico: Conhecer as perspectivas dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre a parentalidade. Identificar estratégias de intervenção promotoras da parentalidade positiva.			
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<p>Realização de entrevistas aos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as vantagens e as áreas da parentalidade mais valorizadas pelos enfermeiros; • Identificar intervenções de enfermagem facilitadoras da parentalidade positiva; • Identificar as dificuldades e necessidades dos pais no desempenho do papel parental percebidas pelos enfermeiros. <p>Planeamento de uma sessão de formação com a equipa de enfermagem para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • divulgar os resultados sobre as principais inquietações dos pais relacionadas com a função parental; • equacionar o tipo de estratégias de intervenção a desenvolver, fazendo apelo aos resultados obtidos nos questionários aos pais e nas entrevistas aos enfermeiros. <p>Execução da sessão planeada, se existirem as condições necessárias à sua realização.</p>	UCSP e UCC	<p><u>Materiais:</u> Computador; Bases de dados; Data Show; Sala.</p> <p><u>Humanos:</u> Enfermeiro Diretor; Enf.^{os} Chefe. Enfermeiros Especialistas; Enfermeiras de Família;</p>	<p><u>Competências Específicas do EEESCI:</u> E 1.1 – 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.</p> <p><u>Competências Gerais do EE:</u> C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p>
Indicadores de avaliação: E.1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; C.1.1.3. Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar.			

APÊNDICE III

Grelha de observação

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Dificuldades e necessidades dos pais no exercício da parentalidade		Registo das intervenções de enfermagem observadas	Análise/Síntese
Tópicos	Descrição da situação		
<u>Necessidades físicas da criança:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alimentação; ○ Sono e Repouso; ○ Higiene (saúde oral). 			
<u>Segurança da criança:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Medicação; ○ Prevenção de Infecção; ○ Crises de hipoxia; ○ Atividade física. 			

Dificuldades e necessidades dos pais no exercício da parentalidade		Registo das intervenções de enfermagem observadas	Análise/Síntese
Tópicos	Descrição da situação		
<u>Desenvolvimento, Comportamento e Estimulação da criança</u>			
<u>Comunicação e interação com a criança:</u> ○ Vinculação.			
<u>Disciplina e estabelecimento de limites</u>			
<u>OBSERVAÇÕES</u>			

APÊNDICE IV

Revisão de Literatura: Parentalidade na criança com cardiopatia congênita



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

REVISÃO DE LITERATURA

- PARENTALIDADE NA CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÉNITA -

Discente:

Andreia Lampreia nº6561

Docente Orientador:

Profª. Maria Graça Vinagre da Graça

LISBOA

Janeiro, 2016

Índice

INTRODUÇÃO.....	3
1.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
1.1. Dificuldades e necessidades de apoio dos pais	4
1.2. Intervenções de enfermagem	8
2. CONCLUSÃO	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

INTRODUÇÃO

O coração simboliza a vida, os afetos, o amago da vida e do ser humano, representa uma centralidade que tem uma conotação fatal quando associado a doença (Simões, Pires & Barroca, 2010). O diagnóstico de cardiopatia congénita na criança é um momento complicado para os pais, pois é sinónimo de fatalidade (Barão, 2014). A cardiopatia congénita é a patologia mais comum, a maior causa de mortalidade no primeiro ano de vida e uma das doenças crónicas mais predominantes na infância e adolescência. Por ano, a prevalência total de malformações congénitas do foro cardíaco ocorrem por cada 0,8 a 1% dos nascimentos (Dolk, Loane & Garne, 2011; OMS, 2013) e a prevalência de nados vivos é de 0,72% a 1%, variando entre os países da europa (Dolk et al. 2011). Em Portugal, tais dados traduzem-se numa média de 1000 bebés por ano (INE, 2015). Por cada 1300 nados vivos com malformações cardíacas, 5 necessitam de intervenção cirúrgica (DGS, 2006). É devido aos avanços nas intervenções cirúrgicas que a esperança média de vida das crianças com cardiopatia congénita tem aumentado (Vrijmoet-Wierma, Ottenkamp, Roozendaal, Grootenhis & Koopman, 2009).

O diagnóstico de uma cardiopatia congénita, independentemente de ser conhecida ou não ainda durante a gravidez, e conseqüente hospitalização é sempre uma situação inesperada e que constitui uma crise na vida do bebé e dos pais, condicionando um processo transaccional pelas várias mudanças que estas experiências vão proporcionar a toda a família (Barão, 2014).

O desenvolvimento da parentalidade e o estabelecimento da vinculação podem ficar comprometidos devido à doença cardíaca da criança e à necessidade de internamento e aos medos e receios relacionados com o futuro, com a cirurgia (Barão, 2014) e com a qualidade de vida da criança (Hoehn et al., 2014). Nesta fase inicial, as mães encontram-se mergulhadas num estado psicológico que as torna mais sensíveis a experiências emocionais, e neste sentido, mais frágeis (fragilidade pós-parto), sentem-se abatidas, com pouca força e coragem para enfrentar a situação, vivem momentos de dor e tristeza e passam a temer constantemente pela vida dos seus filhos, ainda muito frágeis, numa permanente incerteza do que poderá suceder (Simões et al.

2010). A juntar ao impacto psicológico do diagnóstico junta-se, muitas vezes, a separação do bebé da mãe e restantes familiares pela necessidade de transportar o bebé para uma outra unidade de saúde especializada que dê resposta à sua doença (Hoehn et al., 2004). Simões e colegas(2010) alertam para o fato de no caso dos recém-nascidos, a separação nas primeiras horas originar nos pais, sentimentos de tristeza, fragilidade, ansiedade, revolta e culpa.

Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para intervir e tentar minimizar estas experiências emocionalmente intensas (Barão, 2014). Uma das intervenções necessárias é identificar as necessidades específicas de cada família, tendo em conta a presença das transições de desenvolvimento, situacionais e saúde-doença presentes neste processo. Desta forma, pretende-se com esta revisão de literatura identificar as principais dificuldades e necessidades dos pais de crianças com cardiopatia congénita e identificar intervenções de enfermagem promotoras de um adequado papel parental. Neste sentido e uma vez que, tinha sido delineada como atividade para o estágio a decorrer no serviço de cardiologia pediátrica a realização de pesquisa bibliográfica relativamente a esta temática foi elaborado o presente documento que tem como principal finalidade desenvolver competências de EEESCJ nomeadamente na abordagem da criança/jovem e família com doença crónica. Ambiciono que este documento sirva de base para a reflexão e discussão em Equipa com planeamento de eventuais mudanças face às questões no âmbito da parentalidade da criança/jovem e família com doença crónica, para a qual conto com a participação de todos em especial da Enf.^a orientadora.

Do ponto de vista estrutural este documento contempla inicialmente uma fundamentação teórica no âmbito das necessidades e dificuldades no momento do diagnóstico, aquando do internamento e no regresso ao domicílio. Posteriormente segue-se a apresentação das intervenções de enfermagem promotoras de uma parentalidade adequada.

A elaboração deste documento teve como suporte a pesquisa bibliográfica.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Dificuldades e necessidades de apoio dos pais

Com o nascimento do primeiro filho, o casal tem de desenvolver competências que lhes permitam desempenhar adequadamente os novos papéis de pai e mãe e garantir simultaneamente as suas identidades pessoais e o seu funcionamento adequado enquanto

casal, o que por si só já constitui uma tarefa complicada em contexto de vida normal (Barão, 2014). Tudo é diferente, se o bebé nasce com problemas de saúde, conhecidos ou não, o confronto com um diagnóstico de doença de um bebé que ainda vai nascer ou mesmo acabado de nascer, é um momento de muita angústia para os pais, marcado pelo medo de perder o bebé e pelas preocupações sobre a saúde da criança e sobre a sua futura qualidade de vida (Hoehn et al., 2004). Para além disso, a hospitalização interrompe o processo natural de vinculação entre os pais e o bebé, o que pode causar grande stress e afetar a sua relação reciprocamente (Kearvell & Grant, 2010).

Para uma melhor compreensão das dificuldades e necessidades dos pais das crianças com doença crónica estruturou-se esta revisão de literatura em três momentos: diagnóstico, internamento e no regresso ao domicílio.

- **Diagnóstico**

Jorge (2004) refere que o diagnóstico de uma doença crónica do bebé vai originar uma desorganização de todo o sistema familiar. O diagnóstico pré-natal de doença congénita permite alguma antecipação sobre o que esperar e procurar aconselhamento sobre o tratamento a seguir, no caso de anomalia (Barão, 2014). A oportunidade de tornar conhecido o inesperado e planear o nascimento do bebé, diminuí, segundo Hoehn e colegas (2004), o stress dos pais quando o bebé nasce. Contudo, esta realidade nem sempre é possível, sendo que na prática clínica, ainda surgem inúmeros casos de crianças, cujo diagnóstico apenas é efetuado nas primeiras horas /dias de vida normalmente nas cardiopatias mais graves, aquando da descompensação do seu quadro clínico. No estudo piloto realizado por Hoehn et al. (2004) os pais de recém-nascidos que receberam o diagnóstico pré-natal relataram maior otimismo, menos ansiedade, e menor pessimismo em relação à sua vida do que os pais de recém-nascidos que receberam o diagnóstico pós-natal. Uma das razões que o autor aponta como explicativa deste fenómeno diz respeito ao facto de os pais cujo diagnóstico foi pré-natal terem mais tempo para reorganizarem o seu trabalho e para cuidarem dos outros filhos. Em relação às mães às quais foi dado um diagnóstico tardio estas enfrentaram os mesmos problemas e receios das mães que souberam precocemente do diagnóstico, verificando-se um aumento do medo da separação e da reação da criança à doença pelo facto de ser mais crescida, tornando-se mais difícil a sua adaptação à hospitalização e suas condicionantes (Simões, Pires & Barroca, 2010). No momento da cirurgia, as mães cujo diagnóstico foi tardio

apresentam os mesmos níveis de otimismo, e ansiedade que as mães de recém-nascidos que receberam o diagnóstico pré-natal (Hoehn et al., (2004).

- **Internamento**

A Hospitalização requer a presença constante de um dos familiares junto da criança com doença cardíaca, recaindo esta responsabilidade na grande maioria das vezes sobre a mãe (Simões et al. , 2010). Devido a esta necessidade, o pai encontra-se mais ausente da prestação de cuidados e do acompanhamento da criança com cardiopatia congénita, de forma a garantir a subsistência económica do casal (Simões et al. , 2010). Estas alterações têm repercussões na família ao nível social e financeiro conduzindo a uma perda de rendimentos o que por sua vez, reduz a sua qualidade de vida (Smith, 2011). No caso de existirem irmãos, esta presença constante da mãe, gera outra situação de separação e a diminuição da atenção dada aos outros filhos, conduzindo ao sofrimento e comportamentos regressivos destes, e em alguns casos, sentimentos de culpa na mãe (Simões et al., 2010). Segundo Albridge (2005) pais cujas crianças tiveram admissões/hospitalizações não planeadas estão sujeitos a níveis de stress mais elevados. A cirurgia é vivida como um dos piores momentos para estes pais pelo medo da morte da criança, sendo que, os pais experienciam níveis mais elevados de stress no período imediatamente antes à cirurgia, conforme sugerem alguns estudos (Lawoko & Soares, 2002; Menahem, Poulakis, Prior., 2008; Simões et al., 2010). Segundo Haines & Childs (2005) os pais referem ser importante visitar o serviço antes da cirurgia para facilitar o processo de adaptação e antecipar visualmente o que os espera.

- **Regresso ao domicílio**

A parentalidade centrada na doença, mais do que na criança, parece explicar bastante bem o comportamento dos pais de crianças diagnosticadas com cardiopatia congénita (Simões et al. , 2010). Os pais relatam sentirem-se menos competentes nas suas competências parentais, tendo tendência a serem mais permissivos no seu estilo parental e a terem menos expectativas para com os seus filhos (Smith, 2011; Vrijmoet-Wierma, Ottenkamp, Roozendaal, Grootenhis & Koopman,, 2009). Simões e colegas (2010) afirmam que embora os técnicos de saúde reünam esforços no sentido de normalizar a situação, a maioria dos pais mantém a imagem da criança doente e frágil que a qualquer momento pode ter uma crise e morrer, mesmo após o sucesso da correção cirúrgica. Esta dependência absoluta dos pais repercute-se

negativamente no desenvolvimento da criança uma vez que, impedem tanto a autonomia como a individualização da criança com doença cardíaca (Simões et al., 2010). Segundo o mesmo autor, a origem desta perda de autonomia prende-se com o facto de muitas destas crianças continuarem a necessitar por tempo prolongado de assistência médica e muitas vezes de novas intervenções cirúrgicas.

Tak & McCubbin (2002) citado por Simões e colegas (2010) postulam que as características da criança e da família surgem como preditores importantes da perceção de suporte social e da adaptação parental à doença. Para alguns pais, os cuidados especiais com a criança e o receio de se afastarem do hospital, na possibilidade da criança ter alguma crise e não ser socorrida atempadamente, promove um afastamento e conseqüente isolamento, dos outros familiares e amigos, reduzindo a sua rede de suporte social (Simões et al. , 2010). Para estes autores a adaptação da criança à sua situação depende do estadio de desenvolvimento da criança, e especialmente, das estratégias de coping dos pais e das suas atitudes educativas. Além disso, a imprevisibilidade do estado clínico da criança e o comprometimento associado ao desenvolvimento da criança afetam a qualidade das relações familiares e criam ansiedade para a família mais notória após a correção cirúrgica (Kiliçarslan-Toruner, Kurnaz, Keçialan, 2012). O nível ao qual a qualidade de vida é afetado varia, mas muitas vezes cria enormes níveis de stress em toda a família (Smith, 2011). Segundo o mesmo autor os pais de crianças com cardiopatias congénitas relataram maiores problemas psicológicos do que pais de crianças saudáveis, tais como, maior incidência de depressão, ansiedade, stress pós-traumático, e menor qualidade de vida.

As principais dificuldades dos pais das crianças submetidas a cirurgia cardíaca incidem na alimentação, risco de infeção, ferida operatória, vacinas, cuidados a ter no domicílio (Kiliçarslan-Toruner et al. , 2012). Grande parte destas dificuldades é corroborada por Damas e colegas (2009) destacando-se para além das referidas a atividade física, a saúde bucal, a prevenção da endocardite infecciosa, os cuidados em situações de crises de hipoxia e a administração de fármacos. No que concerne à promoção da atividade física, as dificuldades prendem-se com a falta de conhecimento sobre a necessidade de atividade física e quanto à necessidade de avaliação especializada da criança para início da mesma (Idem, 2009). Para os mesmos autores também no que diz respeito à alimentação, o facto de esta ser mais demorada nas crianças com cardiopatia congénita fazem com que os pais verbalizem dificuldades a este nível e algumas mães cheguem mesmo a abandonar a amamentação (Idem, 2009). Para os mesmos autores, os pais demonstram também falta de conhecimento em áreas como a saúde bucal e como a prevenção da endocardite infecciosa.

De acordo com Vrijmoet-Wierma e colegas (2009) os fatores de risco para uma má adaptação à situação da criança com cardiopatia congênita são: o uso frequente de estratégias paliativas para lidar com a situação, tais como a auto-acusação, o evitar das emoções, o stress, o ser mãe e o pertencer a um grupo étnico minoritário. As dificuldades comportamentais dos filhos estão relacionados com os níveis de stress dos pais (Kiliçarslan-Toruner et al., 2012; Vrijmoet-Wierma et al., 2009). Descontentamento com a prestação de cuidados, e isolamento social, também têm sido associados a um risco aumentado de comorbilidades a nível psicológico. Vrijmoet-Wierma e colegas(2009) chegam mesmo a afirmar que a ansiedade parental está mais relacionada com as estratégias de coping e a adaptação psicossocial do que com a severidade da doença. A gravidade da cardiopatia congênita parece não influenciar o funcionamento psicossocial dos pais ao longo do tempo (Simões et al., 2010; Vrijmoet-Wierma et al., 2009) no entanto apenas um dos estudo mostrou que pais de crianças com síndrome do coração esquerdo hipoplásico relataram impacto negativo da doença sobre a família e parentalidade (Vrijmoet-Wierma et al., 2009).

1.2. Intervenções de enfermagem

Após uma fase inicial de choque e desorientação, onde muitas vezes o conhecimento da doença é escasso, os pais tendem a procurar informações e apoio junto dos técnicos de saúde, para uma maior compreensão e adequação à situação atual. Os técnicos de saúde auxiliam e promovem a consciencialização dos pais acerca do diagnóstico, prognóstico e tratamento, desmistificam e esclarecem dúvidas, tranquilizam, minimizando o problema, desdramatizam-no e devolvem aos pais a sua competência parental, securizando-os quanto a um prognóstico favorável dos seus filhos (Simões et al. , 2010). Desta forma, os pais, esclarecidos acerca de todo o procedimento cirúrgico, sentem-se mais confiantes e o choque do pós-operatório, ao verem a criança, envolta em tubos e máquinas pode ser minimizado (Simões et al., 2010). De acordo com Kiliçarslan-Toruner e colegas(2012) posteriormente à cirurgia cardíaca há muita informação, relacionada com o cuidar da criança, a transmitir aos pais. Consideram-se importantes áreas como: o apoio na comunidade, os sintomas, a natureza do defeito cardíaco, o procedimento cirúrgico e medicamentos. As informações que são geralmente excluídas pelos profissionais de saúde incluem: cuidados a ter para prevenir infeções, alimentação, recuperação normativa, imunizações, dor (Diaz-Caneja et. al, 2005). O suporte fornecido aos pais e as intervenções que minimizem as condições de separação da criança e promovam a sua inclusão nos cuidados pode minimizar ou impedir este risco e

promover a parentalidade e a vinculação (Diaz-Caneja et. al, 2005). Também para Kiliçarsla-Toruner e colegas (2012) e Smith (2011) as intervenções de enfermagem baseadas na educação e no encorajar da participação parental nos cuidados à criança podem contribuir para o cuidar da criança e família podendo inclusive diminuir os níveis de ansiedade parental e aumentar o nível de conforto da criança.

Um acolhimento eficaz promove uma relação de confiança dos pais em relação à equipa de saúde e um sentimento de unicidade, que promove a colaboração, sendo fundamental a impressão causada no primeiro impacto (Jorge, 2004). Durante a hospitalização os cuidados são providos pela equipa de enfermagem, mas, após a alta, passam a ser competência dos pais e familiares. Por este motivo Albridge (2005) e Cleveland (2008) refere que no desenvolvimento do papel parental, os pais apresentam a necessidade de estar junto da criança e de “serem pais” de cuidar da criança, participar, estando envolvidos nos cuidados e nas decisões terapêuticas.

Muitas vezes as mães vivenciam sentimentos de culpa, pelo que pode ser importante a partilha da dor, através do apoio da família, dos técnicos de saúde e de troca de experiências entre as mães, durante a hospitalização da criança. Neste sentido, algumas mães referem a necessidade de apoio psicológico (Simões et al., 2010). A possibilidade de grupos de entreajuda poderá sugerir uma resposta centrada nas vivências subjetivas dos pais tendo em conta os aspetos afetivos e emocionais, para além dos aspetos biológicos e funcionais da parentalidade face à cardiopatia congénita (Simões et al., 2010). No que respeita à intervenção psicológica, Finkel (2000) citado por Simões e colegas(2010) refere que é preciso ajudar a família a enfrentar esta difícil realidade, e ajudar a criança a enfrentar situações de internamento, procedimentos, exames e cirurgias a que será submetida. Segundo o mesmo autor, esta ajuda poderá ser providenciada através de preparação psicológica, incluindo sempre a família, incentivando a sua participação e oferecendo apoio durante o internamento, promovendo a adesão ao tratamento cardiológico. O suporte emocional pode funcionar como um fator de resiliência entre o stress familiar e o coping parental (Vrijmoet-Wierma et al., 2009). De acordo Damas e colegas (2009) a enfermagem pode ajudar pais e familiares na presença da doença, alívio do sofrimento, promovendo o restabelecimento da saúde. Segundo os mesmos autores tais intervenções podem ser terapêuticas, de apoio e aconselhamento, ou ainda de educação para a saúde de forma a promover a autoconfiança materna.

CONCLUSÃO

Com este trabalho foi possível aprofundar saberes práticos e teóricos que podem impulsionar mudanças nas práticas de enfermagem, com reflexo na melhoria contínua da qualidade dos cuidados pediátricos, nomeadamente no âmbito da promoção da parentalidade na criança/jovem e família com doença cardíaca. O desempenho do papel parental numa situação de doença cardíaca e hospitalização da criança é um momento stressante para os pais e que condiciona as mudanças (Barão, 2014). O bem-estar e a capacidade dos pais de desenvolverem estratégias de coping para lidarem com a criança com cardiopatia congénita pode afetar as estratégias de coping desenvolvidas pela criança e a perceção da sua condição (Kiliçarslan-Toruner et al., 2012). De acordo com Damas e colegas(2009) são necessários validar programas e protocolos de cuidados destinados a promover a capacitação dos pais com cardiopatia congénita. Estes programas devem ser flexíveis de modo a possibilitar a adaptação a cada situação clínica e aos determinantes sociais, cultural e económico que agem sobre a família (Idem, 2009).

Considero que esta revisão de literatura me permitiu identificar e desta forma melhor planear as intervenções de enfermagem promotoras de um papel parental adequado atendendo às necessidades e dificuldades dos pais com cardiopatia congénita. Por último e como perspetiva futura, sendo este o meu atual local de trabalho, é meu objetivo partilhar este conhecimento com toda a equipa de enfermagem de forma a contribuir para a progressão da enfermagem enquanto ciência do cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldridge, M. D. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit: One Unit's Experience. *Critical Care Nursing*, 25, 40-50.

Barão, A. I. (2014). Cuidar da criança e família com cardiopatia congénita – Promoção de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida. ESEL (Dissertação de mestrado). Lisboa.

Cleveland, L. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal nursing*, 37, 666-691.

- Damas, B., Ramos, C., Rezende, M. (2009). Necessidade de informação a pais de crianças portadoras de cardiopatia congénita. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 19 (1), 103-113.
- Diaz- Caneja, J. et al. (2005). A child's admission to hospital: a qualitative study examining the experience of parents. *Pediatric Original*, 31,1248-1254.
- Dolk H., Loane M & Garne E (2011). Congenital Heart Defects in Europe Prevalence and Perinatal Mortality, 2000 to 2005. *Circulation*, 123, 841-849.
- DGS (2006). *Diagnóstico pré-Natal de Cardiopatias Congénitas* - Circular Normativa nº 11/DSMIA. Lisboa: DGS.
- Haines, C. & Childs, H. (2005). Parental satisfaction with paediatric with paediatric intensive care. *Paediatric Nursing*, 17 (7), 37-41.
- Hoehn, K. S., Wernovsky, G., Rychik, J., Tian Z. Donaghue, D., Alderfer, M., Nelson, R. M. (2004). Parental decision-making in congenital heart disease. *Cardiology in the Young*, 14, 309-314.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008049&contexto=bd&selTab=tab2
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança: (Re) pensar o Cuidar em Enfermagem*. Lusodidata: Loures.
- Kearvell, H. & Grant, J. (2010). Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27 (3).
- Kiliçarslan-Toruner, E., Kurnaz, F., Keçialan, R. (2012). Effect of planned Information Provision on Anxiety of Parents of Children who underwent cardiac Surgery. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 11 – 20.
- Lawoko, S. , Soares, J. J. (2002). Distress and hopelessness among parents of children with congenital heart disease, parents of children with other diseases, and parents of healthy children. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 193–208.

Menahem, S., Poulakis, Z., Prior, M. (2008). Children subjected to cardiac surgery for congenital heart disease. Part 2 – Parental emotional experiences. *Interactive cardiovascular and Thoracic Surgery*, 7, 605-608.

OMS (2013). Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st century, Copenhagen: World Health Organization: Regional Office for Europe. Disponível em: <http://ee.euro.who.int/Health2020-EN-Long.pdf>

Simões, S., Pires, A. & Barroca, A. (2010). Comportamento parental face à cardiopatia congénita. *Análise Psicológica*, 4 (28), 619-630.

Smith, M. (2011). Congenital heart disease and its effects on children and their families. *Pediatric Nursing*, 23 (2), 30 – 35.

Vrijmoet-Wierma, C. M., Ottenkamp, J., Roozendaal, M. Grootenhuis, M.A. & Koopman, H. M. (2009). A multicentric study of disease-related stress and perceived vulnerability in parents of children with congenital cardiac disease. *Cardiol Young*, 19 (6), 608-614.

APÊNDICE V

Pedido de Parecer à Comissão de Ética

Assunto: Pedido de Parecer

Exmo Srs da Comissão de Ética

Eu, Andreia Filipa Veloso Lampreia, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados X, encontro-me a frequentar o 6º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste momento encontro-me a desenvolver um projeto de estágio, orientado pela Professora Maria da Graça Vinagre, intitulado “Das competências parentais à promoção do desenvolvimento infantil: desafios para o enfermeiro especialista” que tem como objetivos gerais:

- Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;
- Promover a utilização de estratégias facilitadoras do desenvolvimento de competências parentais durante a primeira infância.

Venho por este meio solicitar a Vossas Excelências autorização para aplicação de um questionário a pais de crianças com limite de idade até três anos de idade, de ambos os sexos que se dirijam às consultas de vigilância de saúde infantil. Com a sua utilização pretende-se caracterizar as necessidades, as dificuldades e facilidades percebidas pelos pais no exercício da parentalidade, assim como a importância que atribuem ao papel parental, através de um estudo a realizar na Unidade onde exerço funções e na Unidade de Cuidados na Comunidade Y.

Este questionário foi construído pela Professora Maria Saudade de Oliveira Lopes e utilizado na sua tese de Doutoramento intitulada “Apoiar na Parentalidade Positiva: áreas de intervenção de Enfermagem” realizada em 2012 e a quem irá ser solicitada autorização para o utilizar neste contexto.

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa. O período de tempo de recolha de dados, nesta primeira fase decorrerá durante os meses de janeiro e fevereiro de 2016.

Informo Vossas Excelências, que será garantido o anonimato, a participação voluntária e a confidencialidade dos dados. Antes de aplicar o questionário será solicitado aos pais uma declaração em como estão informados sobre o estudo e dispõem-se a participar no mesmo, trata-se do consentimento informado.

Gostaria de realçar que me comprometo a transmitir os resultados do estudo à Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, após o relatório final de estágio.

Agradecendo desde já a consideração e disponibilidade, fico a aguardar a vossa resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Andreia Filipa Veloso Lampreia

Anexo: Em anexo apresenta-se uma breve fundamentação do projeto

Assunto: Fundamentação do projeto

A OMS estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade (OMS, 2000). Em relação a Portugal, entre os cinco e os catorze anos, o maior “peso” da doença na qualidade de vida deve-se às perturbações mentais e comportamentais (22% do total de *Disability adjusted life Years*), especialmente por depressão e ansiedade (DGS, 2014). A realidade no meu contexto de prática clínica, aproxima-se desta perspetiva onde das 1364 crianças inscritas na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Aljustrel, 89 são seguidas na pedopsiquiatria, ou seja, 6,5% das crianças (Fonte: Sonho – Estatística da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo). Tendo em conta esta realidade, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (2013) preconiza várias linhas-mestras tais como: o investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento que se constitui como uma prioridade no mesmo domínio; a valorização dos cuidados antecipatórios 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, em particular no domínio dos novos desafios da saúde. Nesta linha de pensamento Cruz (2005, p.13) define parentalidade como um: “conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade.”. É também neste sentido que o Council of Europe (2008) define parentalidade positiva como um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança que assegure o seu desenvolvimento, educação, capacitação, sem violência e proporcionando reconhecimento e orientação com a fixação de limites para permitir um pleno desenvolvimento da criança.

Segundo Lopes (2012) os profissionais de enfermagem são recursos fundamentais para este apoio aos pais e têm uma função de destaque pela sua proximidade com os mesmos. Nas palavras de Barros “Pais que recebem um bom apoio emocional e que experimentam múltiplas oportunidades de aprendizagem atitudinal e de desenvolvimento conceptual podem ser pais mais autónomos e mais competentes para estimular o desenvolvimento do filho (Barros, 2001, p. 314). É ainda de referir que segundo Sandler et al. (2010, citado por Cardoso

2011) as mudanças nos comportamentos parentais conduzem a alterações no comportamento da criança e essas alterações persistem no tempo.

Torna-se assim pertinente aprofundar conhecimentos sobre as dificuldades e necessidades dos pais no exercício da parentalidade com vista à promoção de uma parentalidade positiva como intervenção de enfermagem promotora de um adequado desenvolvimento psico-afetivo da criança pois segundo Cohen & Clothier (2005) práticas parentais positivas, incluindo: cuidado responsivo, disciplina positiva, apoio nas áreas da linguagem e da aprendizagem, e interações lúdicas podem promover a saúde socio-emocional da criança.

Através da elaboração do projeto e da sua operacionalização no percurso dos diferentes estágios a realizar, pretendo identificar as necessidades e dificuldades dos pais no exercício da parentalidade, desenvolver estratégias de intervenção promotoras da parentalidade positiva e refletir com a equipa de enfermagem acerca das dificuldades e necessidades dos pais no exercício do papel parental bem como em, estratégias para as minimizar. Neste sentido, a aplicação de um questionário aos pais de crianças até aos 3 anos de idade, que frequentem as consultas de vigilância de saúde infantil pode contribuir para um melhor conhecimento das necessidades e dificuldades dos mesmos no exercício da parentalidade, de forma a favorecer a qualidade dos cuidados, a satisfação dos clientes e, muito particularmente, o desenvolvimento saudável das crianças.

Referências Bibliográficas

- Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In Canavarro, M. C. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, L. (2011). *Parentalidade e Problemas de Comportamento em Crianças do Pré-Escolar*. (Dissertação de mestrado publicada). Mestrado em Psicologia da Educação, Madeira.
- Cohen, J. & Clothier, S. (2005). *Helping young Children Succeed: Strategies to Promote Early Childhood Social and Emotional Development*. Washington DC: Zero to Three & National Conference of State Legislatures.
- Council of Europe (2008). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.

- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Direcção-Geral da Saúde (2014). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS. Acedido em 4-04-2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-saude-escolar-2014-em-discussao-publica.aspx>
- Direcção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Lopes, M. S.O. C. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: Áreas de intervenção de enfermagem*. (Teses de doutoramento). Disponível no Repositório da UCP.
- OMS (2000). *World Health Report*. Genebra: World Health Organization.

APÊNDICE VI

Guião de entrevista semiestruturada

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA A REALIZAR AOS ENFERMEIROS

Tema: “Das competências parentais à promoção do desenvolvimento infantil: desafios para o enfermeiro especialista”.

Objetivo geral:

- Conhecer as perspetivas dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre a parentalidade.

Objetivos específicos:

- Conhecer as vantagens e as áreas da parentalidade mais valorizadas pelos enfermeiros;
- Identificar intervenções de enfermagem facilitadoras da parentalidade positiva;
- Identificar as dificuldades e necessidades dos pais no desempenho do papel parental percebidas pelos enfermeiros.

População e amostra:

- Enfermeiros especialistas e que exerçam funções na área de saúde infantil há pelo menos três anos na UCSP e UCC.

Guião de Entrevista

Bloco Temático	Objetivos Específicos	Questões Orientadoras
Legitimação da Entrevista	<ul style="list-style-type: none">- Informar os enfermeiros sobre a pertinência do estudo e da importância da sua participação no estudo; - Solicitar a colaboração dos enfermeiros para participarem no estudo.	<ul style="list-style-type: none">- Dar a conhecer os objetivos do estudo;- Clarificar os objetivos da entrevista;- Informar que se trata de uma entrevista breve, sem respostas certas ou erradas;- Solicitar o preenchimento do consentimento informado;- Reforçar a importância da sua participação;- Assegurar a privacidade e confidencialidade na recolha e tratamento dos dados.
Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes no estudo	<ul style="list-style-type: none">- Recolher dados de caracterização sociodemográficas e da experiência profissional dos participantes.	<ul style="list-style-type: none">- Idade e Sexo.- Local onde exerce funções?- Possui especialidade em Enfermagem? Se sim qual?- Assume responsabilidades de gestão de cuidados de enfermagem?- Qual o tempo de serviço na profissão?- Qual o tempo de serviço com funções na área de saúde infantil?

<p>Áreas de apoio a pais de crianças até três anos de idade no exercício da parentalidade positiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as vantagens e as áreas da parentalidade mais valorizadas pelos enfermeiros. - Identificar as dificuldades e necessidades dos pais no desempenho do papel parental percebidas pelos enfermeiros. - Identificar intervenções de enfermagem facilitadoras da parentalidade positiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gostaria que me dissesse o que entende por parentalidade positiva? Atendendo ao que falámos considera importante a promoção de uma parentalidade positiva? Quais as suas principais vantagens? Particularmente, qual a área que considera mais significativa na promoção da parentalidade positiva? Na área que visa a satisfação das necessidades básicas da criança como a alimentação, repouso e higiene? Na que engloba atitudes para a promoção de comportamentos adequados e atividades de promoção do desenvolvimento e estimulação da criança? Ou na que inclui a promoção do autocontrolo e o estabelecimento de limites à criança com consistência e afeto? - Os pais verbalizam muitas dificuldades no exercício da parentalidade positiva? Pode dar-me alguns exemplos de dificuldades que exijam a intervenção do enfermeiro? Quais as áreas onde, em sua opinião, os pais têm mais necessidades de conhecimentos no desempenho da parentalidade positiva? Considera que sentem mais dificuldades nas necessidades físicas e de segurança da criança? Na disciplina da criança? Ou considera que sentem mais dificuldades no desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança? - Que intervenções tem desenvolvido e avaliado como eficazes no apoio aos pais para o desenvolvimento da parentalidade positiva?
---	---	---

APÊNDICE VII

Consentimento informado

Consentimento Informado

O meu nome é Andreia Lampreia, sou enfermeira, e estou atualmente a frequentar o Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Encontro-me a realizar um estudo onde se pretende conhecer as dificuldades e necessidades dos pais no exercício da parentalidade e identificar intervenções de enfermagem facilitadoras de uma parentalidade positiva e positiva percebidas pelos enfermeiros. Neste sentido, venho pedir a sua colaboração para a realização de uma breve entrevista semi-estruturada uma vez que, considero que as suas ideias, opiniões e sugestões são fundamentais para podermos melhorar os cuidados de saúde.

Saliento que não há resposta certas ou erradas, o que interessa é apenas a sua opinião pessoal pelo que, peço-lhe para ser sincero. A sua participação é voluntária e por isso pode desistir a qualquer momento, sem haver qualquer problema.

A confidencialidade será garantida. Para não se perder informação peço-lhe consentimento para gravar em áudio a nossa conversa. Comprometo-me a utilizar as informações que me fornecer apenas no trabalho académico que me encontro a realizar e o seu nome não será divulgado.

É garantido que, as gravações das entrevistas serão destruídas depois dos dados serem analisados.

Muito obrigada desde já pela sua colaboração e disponibilidade.

Andreia Lampreia

(alampreia@campus.esel.pt)

Sim, aceito participar

APÊNDICE VIII

Perspetiva dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre a parentalidade
(versão preliminar de um artigo a submeter a uma revista de enfermagem)

PERSPETIVAS DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS SOBRE PARENTALIDADE

PERSPECTIVES OF PRIMARY HEALTH CARE NURSES ON PARENTING

RESUMO

A parentalidade deverá ser um foco de atenção dos enfermeiros por se encontrarem numa posição privilegiada à sua promoção e manutenção. Neste estudo de abordagem qualitativa pretendeu-se: conhecer as vantagens e as áreas da parentalidade mais valorizadas pelos enfermeiros, identificar as dificuldades e necessidades dos pais no desempenho do papel parental percebidas pelos enfermeiros e identificar as intervenções de enfermagem facilitadoras da parentalidade positiva. A recolha dos dados foi realizada em dois centros de saúde do Baixo Alentejo, a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas a nove enfermeiros. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo, e no seu conjunto revelaram que todos os enfermeiros consideram importante a promoção de uma parentalidade positiva nomeadamente na otimização do desenvolvimento, crescimento e estimulação da criança. A área mais valorizada pelos enfermeiros na promoção da parentalidade positiva foi o autocontrolo e estabelecimento de limites. No entanto, na opinião destes profissionais de saúde a área onde os pais verbalizam maiores dificuldades diz respeito às necessidades básicas e de saúde da criança mais concretamente na introdução dos primeiros alimentos, amamentação, cólicas, sono, higiene oral e no modo como devem atuar em situação de doença aguda. Os dados são de certa forma congruentes com a literatura e apontam para a importância do apoio dos profissionais de saúde nomeadamente nas consultas de saúde infantil de forma a promover uma parentalidade positiva.

Palavras-chave: Parentalidade; enfermeiros; cuidados de saúde primários; intervenção de enfermagem; criança; pais.

ABSTRACT

Parenting should be very important to nurses because they are in a prime position to a promotion and maintenance. It is intended with this qualitative study approach: to know advantages and the most valued parenting areas by nurses, identify parent's difficulties and needs on parenting performance in a nursing perspective and identify nursing interventions to facilitate a positive parenting. The data collection took place in two health centers in Baixo

Alentejo, through semi-structured interviews answered by nine nurses. The data were analyzed using the content analysis technique, which revealed that all nurses consider positive parenting promotion important, particularly in the optimization of the development, growth and stimulation of the child. The most valued area by nurses in a positive parenting promotion was self-control and to set boundaries. However, for these health professionals, parents verbalize more difficulties in children primary needs like introducing the first aliments, cramps, sleep, oral hygiene and how to act in acute disease. The data are suitable with literature and points to health professional support in children health care consults in order to promote a positive parenting.

Keywords: Parenting; nurses; primary health care; nurse intervention; child; parents.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014) as crianças representam o futuro, pelo que, garantir o seu crescimento e desenvolvimento saudável deveria ser uma preocupação primordial de todas as sociedades. Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2005) a consistência e a constância dos cuidados parentais, a adequada interação pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais são fatores cruciais para o desenvolvimento emocional e relacional da criança com repercussões ao longo de todo o seu ciclo de vida. A OMS estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade (OMS, 2000). Em relação a Portugal, de acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS, 2015) entre os cinco e os catorze anos, o maior “peso” da doença na qualidade de vida deve-se às perturbações mentais e comportamentais (22% do total de *Disability adjusted life Years*), especialmente por depressão e ansiedade. Relativamente ao Baixo Alentejo mais concretamente numa das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) verifica-se que entre as 1364 crianças inscritas no Centro de Saúde, 89 (6,5%) eram seguites na pedopsiquiatria (Fonte: Sonho – Estatística da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo).

Tendo em conta esta realidade, Resende & Figueiredo (2010) defendem que os Centros de Saúde reúnem as condições efetivas para a identificação de contextos específicos de risco e para a deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de casos problemáticos uma vez que estão inseridos na comunidade, sendo da sua competência a prestação de cuidados ao longo das diferentes fases do ciclo vital. Também neste sentido, o

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) preconiza várias linhas-mestras tais como: o investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento que se constitui como uma prioridade no mesmo domínio; a valorização dos cuidados antecipatórios 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). A compreensão do desenvolvimento da criança, a promoção da aprendizagem parental e o potencial de desenvolvimento da criança são áreas em que os pais necessitam de apoio para empreenderem o seu papel e as suas responsabilidades (Council of Europe, 2006). É importante que os pais sejam ajudados a reconhecer a relação entre as suas ideias e atitudes e o comportamento dos filhos, bem como a tornarem-se mais autónomas na identificação das suas dificuldades e no encontrar de estratégias alternativas para as ultrapassar (Barros, 2015).

Entre os profissionais de saúde, o enfermeiro tem uma posição de destaque pela proximidade com os pais e porque a parentalidade é um foco de enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005). Nesta linha de pensamento Cruz (2005, p.13) define parentalidade como um: “conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade.”. É também neste sentido que o Council of Europe (2008) define parentalidade positiva como um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança que assegure o seu desenvolvimento, educação, capacitação, sem violência e proporcionando reconhecimento e orientação com o estabelecimento de limites para permitir um pleno desenvolvimento da criança. Apesar de ser necessário considerar as diferenças entre os pais, uma vez que “cada pai ou mãe estará numa situação diferente face à abordagem do profissional e à proposta de intervenção” (Barros, 2015, p.17), há um conjunto de atividades essenciais que o Centers for Disease and Prevention (2008) designa como competências/áreas da parentalidade positiva: a resposta às necessidades físicas, de saúde e de segurança da criança e a otimização do seu desenvolvimento com uma comunicação e disciplina positivas.

Tendo em conta que os modelos teóricos de enfermagem orientam a prática, o ensino e a investigação, este trabalho tem como referência a Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma vez que esta oferece uma interpretação que clarifica e se compatibiliza com o processo de transição para a parentalidade que, por ser um período de grande vulnerabilidade, merece grande atenção por parte dos enfermeiros no sentido de apoiarem não só a preparação como a

vivência desta transição de modo a que exista um adequado desenvolvimento de competências parentais. Barão (2014) refere que com o nascimento do primeiro filho, o casal tem de desenvolver competências que lhes permitam desempenhar adequadamente os novos papéis de pai e mãe e garantir simultaneamente as suas identidades pessoais e o seu funcionamento adequado enquanto casal, o que por si só já constitui uma tarefa difícil. Neste sentido, esta teoria de médio alcance permite aos enfermeiros, identificarem, compreenderem e orientarem as pessoas que se encontram em processo de transição. Meleis (2010) considera três domínios fundamentais aos processos de transição e que guiam as práticas de enfermagem: a natureza das transições, condições facilitadoras e inibidoras da transição e padrões de resposta traduzidos por indicadores de processo e de resultado. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para o exercício profissional de enfermagem, possibilitando a utilização de estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis et al., 2000). Segundo Meleis (2007) a interação que é estabelecida entre o enfermeiro e o cliente organiza-se em torno de uma intenção que conduz a ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde. Considerada uma das transições mais importantes e significativas do ser humano, a transição para a parentalidade é promotora de grandes alterações na vida de todos os elementos da família, nomeadamente no caso de ser o primeiro filho, em que se inicia uma nova fase do ciclo vital, e a passagem da função conjugal para a parental (Relvas, 2004).

Sendo o foco deste estudo a promoção de uma parentalidade positiva como intervenção de enfermagem promotora de um adequado desenvolvimento psicoafetivo da criança definiram-se como objetivos: conhecer as vantagens e as áreas da parentalidade mais valorizadas pelos enfermeiros, identificar as dificuldades e necessidades dos pais no desempenho do papel parental percebidas pelos enfermeiros e identificar as intervenções de enfermagem facilitadoras da parentalidade positiva.

MÉTODOS

Face aos objetivos do estudo, anteriormente referidos, optou-se por uma metodologia qualitativa. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa, onde participaram nove enfermeiras de dois Centros de Saúde do Baixo Alentejo. Foram definidos como critérios de inclusão: serem enfermeiros especialistas e exercerem funções na área de Saúde Infantil há pelo menos três anos.

Os dados foram recolhidos entre os meses de Janeiro e Fevereiro de 2016 através de entrevista semi-estruturada, para a qual foi elaborado um guião específico para o estudo, de forma a permitir obter a informação necessária por parte do enfermeiro, alicerçada na sua experiência na área da parentalidade. As entrevistas foram marcadas em função da disponibilidade dos participantes tendo sido todas gravadas e transcritas logo após a sua realização. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 25 minutos. Para verificar se as questões da entrevista eram compreensíveis e adequadas, foi realizado um pré-teste, o qual segundo Polit, Beck & Hungker (2004, p.254) deverá ser “um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas”. Neste sentido, o pré-teste foi aplicado a dois enfermeiros, com características semelhantes à da amostra, revelando serem perguntas adequadas ao objetivo do estudo

Foram respeitados os princípios éticos inerentes à investigação pelo que, previamente, foi efetuado, e aprovado, o pedido de autorização ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde para a aplicação das entrevistas aos enfermeiros, tendo sido salvaguardadas as orientações da Comissão de Ética para a Saúde da mesma Unidade. Antes das entrevistas os participantes foram informados de uma forma breve, acerca do objetivo e natureza do estudo, tendo-lhes sido reforçada a garantia da confidencialidade e do anonimato, e efetuado o pedido de autorização de gravação áudio das entrevistas, sendo que estas ocorreram após o consentimento escrito.

A análise dos dados teve como referencial metodológico a análise de conteúdo que, segundo Bardin (2009), permite a interpretação de dados, de uma forma objetiva, sistemática qualitativa e quantitativa.

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Caracterização dos participantes

Relativamente às características sociodemográficas da amostra, como já referido, participaram neste estudo nove enfermeiros, sendo que três deles exerciam funções na gestão de cuidados.

Todos os enfermeiros entrevistados eram especialistas em diferentes áreas. Seis (66,7%) eram especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, um especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, um em Enfermagem de

Reabilitação e um outro em Saúde Pública. Nesta amostra encontram-se apenas mulheres, com idades compreendidas entre os 35 e os 57 anos, sendo a média de idades de 45 anos. Todos os participantes tinham experiência em saúde infantil entre 8 e 31 anos de experiência nesta área, e possuíam entre 13 e 32 anos de experiência profissional.

Categorização dos dados

Optou-se por uma metodologia de análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas que se realizaram, com vista a aumentar o potencial da descoberta da realidade subjacente ao material recolhido (Bardin, 2009).

O quadro de análise, de cariz interpretativo integrou as unidades de análise emergentes dos discursos dos participantes, procedendo-se à ordenação das unidades de registo, de contexto e de enumeração, através da codificação realizada ao *corpus* das entrevistas. A organização por categorias, mutuamente exclusivas e distribuídas por reagrupamentos analógicos, permitiu definir subcategorias resultantes de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise (Vala, 1993; Bardin, 2009).

No processo de análise procedeu-se à desconstrução dos discursos de cada um dos participantes. Dado que a unidade de registo foi considerada a mais pequena parcela do texto com sentido, as entrevistas foram intensa e cuidadosamente trabalhadas em termos de codificação, tendo-se procedido a análises e (re)análises cada vez mais finas num processo recursivo e de comparabilidade até chegar à matriz que se considerou final. Desta forma, emergiu a grelha de categorização elaborada quer indutivamente, quer dedutivamente, partindo do discurso dos enfermeiros e das competências da parentalidade positiva referidas pelo Centers for Disease and Prevention (2008) a resposta às necessidades físicas, de saúde e de segurança da criança e a otimização do seu desenvolvimento com uma comunicação e disciplina positiva.

Da análise do conjunto dos dados recolhidos emergiram quatro categorias como: vantagens da parentalidade positiva, áreas da parentalidade mais valorizadas, intervenções de enfermagem facilitadoras da parentalidade positiva e opinião sobre as dificuldades e necessidades dos pais no desempenho do papel parental (Tabela 1), que passam a apresentar-se:

Tabela 1: Grelha de categorização emergente do discurso dos enfermeiros

Categoria	Subcategoria	Enfermeiros N=9	
		F	%
Vantagens da parentalidade positiva	Desenvolvimento, crescimento, estimulação e à satisfação das necessidades básicas	9	100
	Disciplina e comunicação positiva	4	44,4
Áreas da parentalidade mais valorizadas	Autocontrolo e estabelecimento de limites	5	55,5
	Necessidades básicas	4	44,4
	Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança	4	44,4
	Segurança	3	33,3
Intervenções de enfermagem facilitadoras da parentalidade positiva	Sessões formativas Individuais	9	100
	Sessões formativas em grupo	2	22,2
	Trabalho de articulação entre instituições	2	22,2
Opinião sobre as dificuldades e necessidades dos pais no desempenho do papel parental	Necessidades básicas e de saúde	7	77,8
	Estabelecimento de limites e regras	5	55,5
	Desenvolvimento, comportamento e estimulação	2	22,2
	Adaptação ao papel parental	2	22

Vantagens da Parentalidade Positiva

Esta primeira categoria revela que os enfermeiros, nos seus discursos, reconhecem a promoção de uma parentalidade positiva como uma área importante e vantajosa para a criança.

Desta forma, todos os enfermeiros salientaram que a parentalidade positiva conduz à otimização do desenvolvimento, crescimento, estimulação e à satisfação das necessidades básicas da criança, tal como está presente nas seguintes expressões:

“Trabalha muito para uma autoestima positiva das crianças (...) trabalha também a resiliência, em termos de elas se adaptarem a novas situações, a escolhas (...)” (A6),

“Parentalidade tem a ver com a capacidade que os pais têm para dar resposta às necessidades básicas da criança ao longo do seu desenvolvimento (A7),

“A parentalidade positiva está muito ligada ao exercício da vigilância, da prevenção, do crescimento saudável” (A8).

“Promove a estimulação e desenvolvimento da criança” (A9).

Através dos depoimentos de quatro (44,4%) enfermeiros foi possível perceber, uma outra vantagem da parentalidade positiva - *disciplina e comunicação positiva*. Para os enfermeiros a disciplina positiva é encarada como uma forma de disciplina não punitiva caracterizada por comportamentos como:

“educar e cuidar com base nos afetos e numa disciplina que não recorre a violência” (A1),

“prevenção/preparação/antecipação das situações e não no castigo” (A1.)

Quanto à comunicação positiva A4 refere *“A parentalidade positiva (...) valoriza muito a forma como se dizem as coisas”*.

Áreas da Parentalidade mais valorizadas

A parentalidade positiva assume-se como um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança pelo que a maioria das áreas da parentalidade valorizadas pelos Enfermeiros foram ao encontro das vantagens referidas pelos mesmos na categoria anterior.

Aliada à parte da disciplina, a maioria dos enfermeiros (55,5%) referiu valorizar a área do autocontrolo e estabelecimento de limites como evidencia a seguinte expressão:

“ Nos contextos em que vivemos hoje (...) penso que perceber os limites e a promoção do autocontrolo) é muito importante (...) passa muito por falta de conhecimento ou de estratégias de como é que os pais as implementam, aliás muitos já têm conhecimento mas vão pela parte negativa que é impor, ditar leis, ditas regras, que nunca são cumpridas porque não fazem parte do universo daquela criança” (A8).

Os limites e as regras devem ser compreendidos pela criança e permitem que as crianças desenvolvam autonomia e sejam capazes de tomar decisões *“saberem dizer sim e não perante determinada situação que os esteja a incomodar” (A6)*. A disciplina conduz a alterações no comportamento da criança *“indo à origem, ao porquê (...) e não ao como, porque se tratarmos o como o comportamento é repetitivo mas se, tratarmos o porquê vamos estar a tentar resolver o comportamento” (A6)* e ao desenvolvimento da criança *“quando falo da disciplina falo da importância (...) de explicar o impacto positivo que tem no desenvolvimento da criança”(A1)*.

Por outro lado, a área menos valorizada pelos enfermeiros, com apenas 33%, foi a promoção de medidas de segurança:

“Já relativamente a aspetos relacionados com a segurança, a maioria dos pais não parecem tão sensibilizados, e em parte pareceu-me que está relacionado com a falta de conhecimento relativamente ao nível e variedade de perigos presentes e à falta de consciência (...) mas a perceção que tenho é que os pais embora não sintam esta dificuldade, é uma área da parentalidade que deveria ser mais explorada pelos enfermeiros” (A1).

Através dos depoimentos dos enfermeiros foi possível perceber que as áreas valorizadas por eles foram: autocontrolo e estabelecimento de limites, necessidades básicas,

desenvolvimento comportamento e estimulação da criança e por último a segurança. Neste sentido, 44% dos enfermeiros destacaram a satisfação das necessidades básicas *“As necessidades básicas têm de estar satisfeitas para que se alcancem todas as outras” (A6)*, nomeadamente ao nível da alimentação *“logo no início será a alimentação, as necessidades básicas estarem estabelecidas, à posteriori virão as outras”(A5)* e sono como uma prioridade *“das necessidades básicas considero prioritária o sono”(A1)*.

Intervenções de Enfermagem facilitadoras da parentalidade positiva

A maioria dos enfermeiros atribuiu aos pais a responsabilidade do desenvolvimento de uma parentalidade positiva o que pressupõe, por parte dos profissionais, uma abordagem de apoio positiva e baseada nos pontos fortes e no potencial dos pais para a promoção da saúde e desenvolvimento da criança. Neste sentido, o apoio dos profissionais de saúde nas Sessões formativas individuais mais concretamente nas consultas de saúde infantil e juvenil foi referido por todos os enfermeiros como uma das intervenções desenvolvidas e avaliadas como eficazes na promoção da parentalidade positiva. Foram mencionados como aspetos a referir nas consultas de saúde infantil: o tipo de atitudes promotoras do desenvolvimento da criança *“uma das intervenções cujo impacto identifico é o verbalizar, nas consultas, junto dos pais as atitudes promotoras do desenvolvimento (...) por vezes não têm consciência do impacto positivo que as suas atitudes têm e ficam surpreendidos quando lhes é explicado (A1)”*, intervenções adequadas no âmbito da satisfação das necessidades básicas e nas medidas de prevenção de acidentes *“nas consultas de saúde infantil falamos das diferentes situações em que a criança precisa dos pais tanto a nível da alimentação, da higiene, dos acidentes (...) não só na formação do conteúdo mas também falamos na forma como os pais o podem fazer”(A7)* e da promoção de uma disciplina positiva *“os ensinamentos que se fazem durante as consultas de enfermagem (...) ensinamentos em termos de tentar que os pais entendam porque é que a criança está a ter aquele determinado tipo de comportamento” (A6)*.

Ainda no âmbito das Sessões formativas individuais, através das respostas de duas enfermeiras ficou claro que o momento da gravidez era, em sua opinião, o mais adequado para a promoção da parentalidade positiva *“a fase da gravidez é o momento em que estão mais disponíveis para ouvir e poderem discutir os modelos que têm da sua própria educação” (A1)*.

A importância de sessões de formação em grupo, nomeadamente cursos de preparação para o parto e parentalidade, também foi notório nos discursos dos enfermeiros *“temos aqui*

alguma coisa nesse sentido, temos o curso para a parentalidade, que tem uma grande aderência, e o curso de educação para o parto com os pais” (A4).

Em síntese, na perspectiva deste grupo de enfermeiros, as intervenções de enfermagem deverão contribuir para ampliar o conhecimento, bem como aumentar as competências dos pais nesta área e produzir ganhos em saúde pelo que deverão incidir em: sessões formativas individuais, sessões formativas em grupo e num trabalho de articulação quer com os pais, infantários ou outras instituições de saúde.

Opinião sobre as dificuldades e necessidades dos pais no desempenho do papel parental

O nascimento de um filho é referido pelos enfermeiros como um acontecimento que altera, transforma e reestrutura a vida dos progenitores. O nascimento do primeiro filho, em especial do primogénito, é referido por eles como um momento vivenciado pelos progenitores com grandes dificuldades e necessidades. O momento da transição requer a reestruturação de responsabilidades e comportamentos pelo que, os pais, na perspectiva dos enfermeiros, verbalizam mais dificuldades nas necessidades básicas e de saúde da criança.

As expressões que se seguem demonstram essas dificuldades:

“Os pais quando vêm ter conosco verbalizam mais dificuldades ao nível das necessidades básicas” (A2),

“Os pais recorrem muito (...) por exemplo, se a criança está com febre preocupam-se mais com essas necessidades físicas e descaram um bocado as outras” (A5).

Na perspectiva dos enfermeiros, as dificuldades e necessidades dos pais são menores em áreas como o “Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança” e “Adaptação ao papel parental” tal como evidenciam as seguintes opiniões:

“Relativamente á estimulação do desenvolvimento, a maioria das famílias (...) nem sempre sabem como faze-lo, já procuram espontaneamente a informação, e por vezes validam com o enfermeiro” (A1),

“Os pais têm maneiras de pensar diferentes e não falam entre eles e nem sequer percebem a necessidade de falarem entre eles e não percebem que estão a influenciar o filho de uma maneira negativa porque se a mãe diz que sim e o pai diz que não, a cabeça da criança fica baralhada e então decide vou ter com o meu pai porque ele me diz sempre que sim” (A7).

Em síntese, a opinião dos enfermeiros sobre as dificuldades e necessidades dos pais no desempenho do papel parental incidiu fundamentalmente nas necessidades básicas e de saúde da criança; seguindo-se os aspetos relacionados com o estabelecimento de limites e regras. Neste sentido, o estabelecimento de regras / orientações para o comportamento foi referido como uma dificuldade dos pais. Concordantemente os enfermeiros afirmam:

“Às vezes os pais acabam por quebrar limites para que o comportamento da criança seja adequado (...) daí que o estabelecimento de limites seja algo que é complicado para os pais” (A6),

“Mas em todas estas áreas as dificuldades estão relacionadas com a estruturação de uma rotina, na definição das regras, em perceber quando podem ser flexíveis, em que é que não devem ser” (A1),

“Quando estão com a família, isto não é intencional mas acontece até parece que estão no recreio, agora vamos fazer tudo o que queremos, é fim-de-semana comemos o que queremos, fazemos como queremos não há organização das coisas” (A8).

A disciplina, ação tomada para forçar o cumprimento das regras, foi também referida como uma dificuldade dos pais *“quando e como castigar (...) as dificuldades com que mais me deparo são portanto, sobretudo relacionadas com a disciplina” (A1).* Com menor relevância surgem o desenvolvimento, comportamento e estimulação e adaptação ao papel parental.

DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivos: conhecer as vantagens e as áreas da parentalidade mais valorizadas pelos enfermeiros, identificar as dificuldades e necessidades dos pais no desempenho do papel parental percebidas pelos enfermeiros e identificar as intervenções de enfermagem facilitadoras da parentalidade positiva. O interesse em conhecer a opinião dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre a parentalidade conduziu, por sua vez, a optar pela abordagem qualitativa utilizando a entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de dados.

Através do conjunto de dados obtidos parece poder dizer-se que para a totalidade dos enfermeiros a promoção de uma parentalidade positiva é considerada vantajosa, nomeadamente no desenvolvimento, crescimento, estimulação e na satisfação das necessidades básicas da criança. Também segundo a OE (2015) a parentalidade tem o potencial de promover a saúde e o bem-estar das crianças ou impedir que o modo como se processa o desenvolvimento físico e emocional cause problemas significativos a nível social e da saúde no futuro. É também neste sentido que tanto o Council of Europe (2008) como o Centers for Disease and Prevention (2008) salientam que a parentalidade positiva deverá permitir um pleno desenvolvimento da criança o que pressupõe o estabelecimento de limites e uma disciplina positiva. A disciplina positiva foi referida pelos enfermeiros como uma das áreas da parentalidade positiva mais importantes, o que também é corroborado por Brazelton & Sparrow (2013) que referem que a disciplina é vantajosa no sentido de promover a longo prazo o autocontrolo, para que a criança seja capaz de estabelecer os seus próprios limites. A disciplina positiva inclui a promoção do autocontrolo e o estabelecimento de limites à criança com consistência e afeto. Neste sentido, alguns dos enfermeiros nos seus discursos

diferenciaram dois conceitos-chave: a disciplina e os limites. Segundo Hockenberry (2014) colocar limites diz respeito ao estabelecimento de regras e orientações para o comportamento, quanto mais claros forem os limites colocados e a consistência do seu cumprimento menor é a necessidade de uma ação disciplinar. Por outro lado, segundo a mesma autora, disciplina refere-se à ação tomada para forçar o cumprimento das regras depois da sua transgressão.

Quanto à perspectiva dos enfermeiros face às principais necessidades e dificuldades dos pais no exercício da parentalidade essas incidiram essencialmente sobre as necessidades básicas e de saúde da criança o que vai ao encontro do referido por Melnyk et al. (2004) e Sabátes & Borba (2005) em que para os pais, a doença, a sua gravidade, a insegurança, o medo de não serem capazes de cuidarem do seu filho e corresponderem às expectativas dos enfermeiros, podem constituir barreiras ao papel parental, podendo este ficar desajustado, sobretudo no início do processo. Em geral, a investigação sugere que os pais referem várias necessidades, como: falta de conhecimento nos cuidados ao recém-nascido (Aston, 2002) e conseqüentemente necessidade de demonstração prática destes cuidados (por exemplo regurgitação, sono e amamentação) (Serçekus & Mete, 2010).

A Direção Geral da Saúde (DGS, 2005) considera que o suporte social e profissional podem ajudar no sucesso desta transição, encontrando-se os profissionais de Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente os enfermeiros, em posição privilegiada para intervir. Neste sentido, os enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários entrevistados referiram providenciar este suporte através das sessões formativas individuais nomeadamente nas consultas de saúde infantil. Estas consultas são referidas como uma intervenção de enfermagem promotora de uma parentalidade positiva. Nesta linha de pensamento, o Council of Europe (2007), numa das suas publicações, destaca a educação para a saúde e o fornecimento de informação acerca do desenvolvimento infantil – como estratégias promotoras de uma parentalidade positiva. O aumento de conhecimento e motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento do exercício da parentalidade e tornam possível que os pais e as famílias o assumam, como direito e dever, cabendo aos profissionais facilitá-lo e promovê-lo (PNSIJ, 2013).

Os resultados deste estudo retratam que o reconhecimento dos pais como principais cuidadores e o conhecimento das suas principais necessidades são elementos fulcrais nas orientações da intervenção do enfermeiro, devendo ser privilegiadas na sua atuação e na estimulação do papel parental. Relembrando o Conselho Internacional de Enfermeiros (2005) o apoio pressupõe uma ação do enfermeiro que deverá ajudar alguém a ser bem-sucedido, ou

seja, no processo da parentalidade pressupõe centralidade nas necessidades e potencialidades dos pais.

Como limitações, são de referir o facto deste estudo se reportar apenas a duas unidades de saúde, com uma amostra de dimensão reduzida, pelo que não é possível generalizar estes resultados a outras unidades de cuidados de saúde primários. Em futuros estudos será benéfico realizar entrevistas individuais com maior profundidade e equacionar a possibilidade de fazer entrevistas de grupo (grupos focais) a enfermeiros de várias Unidades de Cuidados de Saúde Primários seguindo os critérios de inclusão definidos para o presente trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aston, M. (2002). Learning to be a normal mother: empowerment and pedagogy in postpartum classes. *Public Health Nursing*, 19 (4), 284-293.

Barão, A. I. (2014). *Cuidar da criança e família com cardiopatia congénita – Promoção de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida*. ESEL (Dissertação de mestrado). Lisboa.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. (4ªed.). Lisboa: Edições 70.

Barros, L. (2001). O Bebé nascido em situação de risco. In M. C. Canavarro (Eds). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, (pp. 235-253).Coimbra: Quarteto Editora.

Barros, L. (2015). Intervenção com pais: processo e fases de mudança In A. I. Pereira, A. R. Goes, A. R. & L. Barros (Coord.). *Promoção da parentalidade positiva: intervenções psicológicas com pais de crianças e adolescentes* (pp. 1-48). Lisboa: Coisas de Ler.

Brazelton, T. B. & Sparrow, J. D. (2013). *O método de Brazelton – A criança e a disciplina*. Lisboa: Editorial Presença.

Centers For Disease Control and Prevention (2008). *Babies & Toddlers: Learn Some Positive Parenting Tips*. Atlanta: CDC Features. Acedido 14-06-2015. Disponível <http://www.cdc.gov/Features/Parenting/InfantsToddlers.html>.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Geneva: ICN.

Council of Europe (2007). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg: Council of Europe Publishing. Acedido em 08-06-2015. Disponível em <http://books.google.pt/books?id=JROG3RcY8fkC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>.

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

Council of Europe Rec (2006). Policy/ Recommendation to support positive parenting. In 19 Committee of Ministers to member states, 13-12-2006[Em linha]. Disponível em https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d6dda

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.

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

Direcção Geral da Saúde (2013). *ProRuagrama Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

Hockenberry, M. J. (2014). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. (Eds). Wong: *Enfermagem da Criança e do adolescente* (pp. 49 – 71). Loures: Lusociência.

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

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23, 12-28.

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress (4.ª ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. H. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Melnyk, B. M., Alpert-Gillis L., Feinstein, N. F., Crean H. F., Johnson J., Fairbanks, E. ... Small L. (2004). Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics*, 113 (6), 597-607.

Mercer, R. (2002). *Transitions to parenthood*. Nurseweek.

OMS (2000). *World Health Report*. Genebra: World Health Organization.

OMS (2014). *Região Africana da OMS: Mais Saúde para as Pessoas*. Acedido em 14-07-2015. Disponível em http://www.afro.who.int/pt/downloads/cat_view/1492-portugues.html

Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (5ªed.). São Paulo: Artmed Editora.

Relvas (2004). *O ciclo vital da família da família: perspetiva sistemática* (3ªed.). Porto: Edições Afrontamento.

Resende, A. & Figueiredo, A. (2010). Parentalidade apoiada – Projeto de Avaliação e Intervenção a um Grupo de Risco Específico, Promotor de Boas Práticas. In Carlos Sequeira & Luis Sá (Eds). *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental*, (pp.123-133). Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

Sabatés, A. & Borba, R. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, (6), 968-973.

Serçekus, P & Mete, S. (2010). Turkish Women's perceptions of antenatal education. *International Nursing-Review*, 57 (3), 395-401.

APÊNDICE IX

Autorização da autora para utilização do questionário

Andreia Lampreia <lampreia.andreia22@gmail.com>

para saudade.lopes, saudadelopes8

26/07/2015

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

Eu, Andreia Filipa Veloso Lampreia, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados X, encontro-me a frequentar o 6º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No âmbito deste curso encontro-me a desenvolver um projeto de estágio, orientado pela Professora Maria da Graça Vinagre, intitulado “Das competências parentais à promoção do desenvolvimento infantil: desafios para o enfermeiro especialista” que tem como objetivos gerais:

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;
- Promover a utilização de estratégias facilitadoras do desenvolvimento de competências parentais durante a primeira infância.

Venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para utilizar o questionário que constituiu o instrumento de recolha de dados que construiu para a realização do segundo estudo da sua tese de Doutoramento “Apoiar na Parentalidade Positiva: áreas de intervenção de Enfermagem”. Pretende-se, com a sua utilização, caracterizar as necessidades, dificuldades e facilidades percebidas pelos pais no exercício da parentalidade, assim como a importância que atribuem ao papel parental, através da realização de um estudo a iniciar-se no serviço onde exerço funções. Perspetiva-se que os participantes sejam pais de crianças com limite de idade até três anos, de ambos os sexos, que se dirijam às consultas de vigilância de saúde infantil. O período de tempo de recolha de dados, nesta primeira fase decorrerá durante os meses de janeiro e fevereiro de 2016.

Informo V. Exa. que será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Antes de aplicar o questionário será solicitado aos pais uma declaração em como estão informados sobre o estudo e dispõem-se a participar no mesmo, referimo-nos ao consentimento informado.

No caso de uma resposta favorável agradeço, desde já, o envio dos esclarecimentos e indicações que considerar necessárias à aplicação deste instrumento.

Agradecendo a sua consideração e disponibilidade, fico a aguardar a sua resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Andreia Filipa Veloso Lampreia

Resposta da autora em 26/07/2015

Exma Enf Andreia, cara colega

Tenho muito gosto em que utilize as escalas que elaborei. Se necessitar de alguma orientação disponha.

Cumprimentos

Saudade Lopes

APÊNDICE X

Pedidos de Autorização ao Conselho de Administração

Ao Conselho de Administração da Unidade
Local de Saúde do Baixo Alentejo

Assunto: Pedido de Autorização

Exmo Srs^o do Conselho de Administração

Eu, Andreia Filipa Veloso Lampreia, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados X, encontro-me a frequentar o 6º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste momento encontro-me a desenvolver um projeto de estágio, orientado pela Professora Maria da Graça Vinagre, intitulado “Das competências parentais à promoção do desenvolvimento infantil: desafios para o enfermeiro especialista” que tem como objetivos gerais:

- Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;
- Promover a utilização de estratégias facilitadoras do desenvolvimento de competências parentais durante a primeira infância.

Venho por este meio solicitar a Vossas Excelências autorização para aplicação de um questionário a pais de crianças com limite de idade até três anos de idade, de ambos os sexos que se dirijam às consultas de vigilância de saúde infantil. Com a sua utilização pretende-se caracterizar as necessidades, as dificuldades e facilidades percebidas pelos pais no exercício da parentalidade, assim como a importância que atribuem ao papel parental, através de um estudo a realizar na Unidade onde exerço funções e na Unidade de Cuidados na Comunidade Y.

Este questionário foi construído pela Professora Maria Saudade de Oliveira Lopes e utilizado na sua tese de Doutoramento intitulada “Apoiar na Parentalidade Positiva: áreas de intervenção de Enfermagem” realizada em 2012 e a quem irá ser solicitada autorização para o utilizar neste contexto.

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa. O período de tempo de recolha de dados, nesta primeira fase decorrerá durante os meses de janeiro e fevereiro de 2016.

Informo Vossas Excelências, que será garantido o anonimato, a participação voluntária e a confidencialidade dos dados. Antes de aplicar o questionário será solicitado aos pais uma declaração em como estão informados sobre o estudo e dispõem-se a participar no mesmo, trata-se do consentimento informado.

Gostaria de realçar que me comprometo a transmitir os resultados do estudo à Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, após o relatório final de estágio.

Agradecendo desde já a consideração e disponibilidade, fico a aguardar a vossa resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Andreia Filipa Veloso Lampreia

Anexo: Em anexo apresenta-se uma breve fundamentação do projeto

Assunto: Fundamentação do projeto

A OMS estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade (OMS, 2000). Em relação a Portugal, entre os cinco e os catorze anos, o maior “peso” da doença na qualidade de vida deve-se às perturbações mentais e comportamentais (22% do total de *Disability adjusted life Years*), especialmente por depressão e ansiedade (DGS, 2014). A realidade no meu contexto de prática clínica, aproxima-se desta perspetiva onde das 1364 crianças inscritas na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) X, 89 são seguidas na pedopsiquiatria, ou seja, 6,5% das crianças (Fonte: Sonho – Estatística da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo). Tendo em conta esta realidade, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (2013) preconiza várias linhas-mestras tais como: o investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento que se constitui como uma prioridade no mesmo domínio; a valorização dos cuidados antecipatórios 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, em particular no domínio dos novos desafios da saúde. Nesta linha de pensamento Cruz (2005, p.13) define parentalidade como um: “conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade.”. É também neste sentido que o Council of Europe (2008) define parentalidade positiva como um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança que assegure o seu desenvolvimento, educação, capacitação, sem violência e proporcionando reconhecimento e orientação com a fixação de limites para permitir um pleno desenvolvimento da criança.

Segundo Lopes (2012) os profissionais de enfermagem são recursos fundamentais para este apoio aos pais e têm uma função de destaque pela sua proximidade com os mesmos. Nas palavras de Barros “Pais que recebem um bom apoio emocional e que experimentam múltiplas oportunidades de aprendizagem atitudinal e de desenvolvimento conceptual podem ser pais mais autónomos e mais competentes para estimular o desenvolvimento do filho

(Barros, 2001, p. 314). É ainda de referir que segundo Sandler et al. (2010, citado por Cardoso 2011) as mudanças nos comportamentos parentais conduzem a alterações no comportamento da criança e essas alterações persistem no tempo.

Torna-se assim pertinente aprofundar conhecimentos sobre as dificuldades e necessidades dos pais no exercício da parentalidade com vista à promoção de uma parentalidade positiva como intervenção de enfermagem promotora de um adequado desenvolvimento psico-afetivo da criança pois segundo Cohen & Clothier (2005) práticas parentais positivas, incluindo: cuidado responsivo, disciplina positiva, apoio nas áreas da linguagem e da aprendizagem, e interações lúdicas podem promover a saúde socio-emocional da criança.

Através da elaboração do projeto e da sua operacionalização no percurso dos diferentes estágios a realizar, pretendo identificar as necessidades e dificuldades dos pais no exercício da parentalidade, desenvolver estratégias de intervenção promotoras da parentalidade positiva e refletir com a equipa de enfermagem acerca das dificuldades e necessidades dos pais no exercício do papel parental bem como em, estratégias para as minimizar. Neste sentido, a aplicação de um questionário aos pais de crianças até aos 3 anos de idade, que se dirijam às consultas de vigilância de saúde infantil pode contribuir para um melhor conhecimento das necessidades e dificuldades dos mesmos no exercício da parentalidade, de forma a favorecer a qualidade dos cuidados, a satisfação dos clientes e, muito particularmente, o desenvolvimento saudável das crianças.

Referências Bibliográficas

- Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In Canavarro, M. C. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, L. (2011). *Parentalidade e Problemas de Comportamento em Crianças do Pré-Escolar*. (Dissertação de mestrado publicada). Mestrado em Psicologia da Educação, Madeira.
- Cohen, J. & Clothier, S. (2005). *Helping young Children Succeed: Strategies to Promote Early Childhood Social and Emotional Development*. Washington DC: Zero to Three & National Conference of State Legislatures.

- Council of Europe (2008). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Direcção-Geral da Saúde (2014). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS. Acedido em 4-04-2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-saude-escolar-2014-em-discussao-publica.aspx>
- Direcção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Lopes, M. S.O. C. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: Áreas de intervenção de enfermagem*. (Teses de doutoramento). Disponível no Repositório da UCP.
- OMS (2000). *World Health Report*. Genebra: World Health Organization.

Ao Conselho de Administração da Unidade
Local de Saúde do Baixo Alentejo

Assunto: Pedido de Autorização

Exmos Srs. do Conselho de Administração

Eu, Andreia Filipa Veloso Lampreia, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados X, encontro-me a frequentar o 6º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste momento encontro-me a desenvolver um projeto de estágio, orientado pela Professora Maria da Graça Vinagre, intitulado “Das competências parentais à promoção do desenvolvimento infantil: desafios para o enfermeiro especialista” que tem como objetivos gerais:

- Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;
- Promover a utilização de estratégias facilitadoras do desenvolvimento de competências parentais durante a primeira infância.

Venho por este meio solicitar a Vossas Excelências autorização para realização de entrevistas semi-estruturadas aos enfermeiros da unidade supracitada de forma a, identificar as necessidades e dificuldades dos pais, no exercício da parentalidade que são percecionadas pelos enfermeiros, e identificar áreas de intervenção de enfermagem promotoras de uma parentalidade positiva.

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, perspetivando-se que os participantes sejam enfermeiros que exerçam funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Aljustrel. O período de tempo de recolha de dados, decorrerá durante os meses de janeiro e fevereiro de 2016.

Informo Vossas Excelências que as entrevistas serão conduzidas presencialmente e que será, garantida a participação voluntária, o anonimato e a confidencialidade dos dados. Antes de realizar a entrevista será solicitado a cada enfermeiro o consentimento informado.

Gostaria de realçar que me comprometo a transmitir os resultados do estudo à Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, após o relatório final de estágio.

Agradecendo desde já a consideração e disponibilidade, fico a aguardar a vossa resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Andreia Filipa Veloso Lampreia

Anexo: Em anexo apresenta-se uma breve fundamentação do projeto

Nota: Foi apresentada a fundamentação do projeto anteriormente (idêntica à anterior)

APÊNDICE XI

**Dificuldades e necessidades dos pais no exercício da parentalidade positiva
(apresentação dos resultados de um breve estudo)**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

6º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

**DIFICULDADES E NECESSIDADES DOS PAIS NO
EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA**

Discente:

Andreia Lampreia nº6561

Docente Orientador:

Professora Maria da Graça Vinagre

LISBOA

2016

Lista de abreviaturas e siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

DGS – Direção Geral da Saúde

DP - Desvio Padrão

M – Média

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Índice

INTRODUÇÃO	5
1.MÉTODO	7
2.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	8
2.1. Caracterização sociodemográfica dos pais e crianças	8
2.2. Recursos de apoio no exercício da parentalidade positiva	9
2.3. Exercício da parentalidade positiva	10
2.3.1. Autopercepção da confiança dos participantes	10
2.3.2. Auto percepção das dificuldades dos participantes	12
2.3.3. Necessidade de conhecimentos dos participantes	13
2.4. Idade da criança em que as dificuldades no exercício da parentalidade foram mais sentidas	15
3. CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

Índice de Tabelas	Pág.
Tabela 1 – Características sociodemográficos dos pais	8
Tabela 2 – Dados sociodemográficos, tipo de alimentação e educação das criança	9
Tabela 3 – Frequência dos participantes por itens de Escala de recursos de Apoio na parentalidade	10
Tabela 4 – Médias e desvios-padrão das respostas aos itens e Dimensões da Escala de Autopercepção de confiança no exercício da Parentalidade positiva	11
Tabela 5 – Médias e desvios-padrão das respostas aos itens e Dimensões da Escala de Autopercepção das dificuldades no exercício da Parentalidade positiva	12
Tabela 6 – Médias, desvios-padrão das respostas aos itens e Dimensões das Necessidades de conhecimentos dos participantes	14
Tabela 7 – Frequências dos participantes em função da idade das crianças em que ocorreram as dificuldades	15

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) as crianças representam o futuro, pelo que, garantir o seu crescimento e desenvolvimento saudável deveria ser uma preocupação primordial de todas as sociedades. Segundo Cohen & Clothier (2005) práticas parentais positivas incluindo: cuidado responsivo, disciplina positiva e interações lúdicas podem promover a saúde social e emocional da criança. A OMS estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade (OMS, 2000). Em relação a Portugal, de acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS, 2015) entre os cinco e os catorze anos, o maior “peso” da doença na qualidade de vida deve-se às perturbações mentais e comportamentais (22% do total de *Disability adjusted life Years*), especialmente por depressão e ansiedade. Em relação ao Baixo Alentejo mais concretamente numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) pode constatar-se que das 1364 crianças inscritas no Centro de Saúde, 89 eram seguites na pedopsiquiatria, ou seja, 6,5% das crianças (Fonte: Sonho – Estatística da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo). Na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) também do ACES do Baixo Alentejo das 960 crianças inscritas, 30 (cerca de 3%) eram seguidas na pedopsiquiatria (Fonte: Sonho – Estatística da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo). Tendo em conta esta realidade, Resende & Figueiredo (2010) defendem que os Centros de Saúde reúnem as condições efetivas para a identificação de contextos específicos de risco e para a deteção precoce, uma vez que se encontram inseridos na comunidade, prestam cuidados ao longo das diferentes fases do ciclo vital e possuem diversos programas de ação preventiva. Neste sentido, tornou-se pertinente aplicar um questionário a pais de crianças com limite de idade até três anos de idade, de ambos os sexos que se dirigiram às consultas de vigilância de saúde infantil de dois Centros de Saúde (UCSP e UCC) pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Alentejo. Com a sua aplicação pretendeu-se caracterizar as necessidades, as dificuldades e facilidades percebidas pelos pais no exercício da parentalidade. Segundo Lopes (2012) as dificuldades são pontos críticos que requerem atenção de enfermagem, pelo que a autoperceção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva pelos pais permite direcionar o apoio. A autoperceção da confiança é um indicador de processo, pois traduz um julgamento dos pais das suas capacidades e o nível de compreensão das diferentes etapas do processo (Meleis et al., 2000) assim como determina os esforços que aplicam no exercício, neste caso da parentalidade (Bandura, 1989). De acordo

com a Teoria Social Cognitiva de Bandura (1989), as pessoas desenvolvem percepções acerca das suas próprias habilidades e características que, subsequentemente, conduzem o seu comportamento na determinação do que pretendem atingir. A avaliação destas percepções permite identificar áreas onde são maiores as necessidades de apoio dos pais. Os pais têm de ser ajudados a identificarem e a construírem os seus pontos fortes e a desenvolverem capacidades para identificarem a melhor estratégia para aperfeiçoarem a sua capacidade parental (U. S. Department of Health and Human Services; Administration for Children and Families; Administration on Children, Youth and Families & Children's Bureau 2012). Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2005) os enfermeiros têm uma posição de destaque pela proximidade com os pais e porque a parentalidade é um foco de enfermagem. Nesta linha de pensamento Cruz (2005, p.13) define parentalidade como um: “conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade.”. Na 19ª Recomendação do Council of Europe (2006) são enunciadas as responsabilidades que os pais têm em providenciar cuidados básicos à criança, garantir segurança e responder às necessidades emocionais, de estimulação, de orientações e estabelecimento de limites num ambiente familiar estável para permitir que a criança mantenha uma ligação segura com os seus cuidadores. Apesar de ser necessário considerar as diferenças entre os pais, há um conjunto de atividades essenciais que o Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2008) menciona como competências da parentalidade positiva: a resposta às necessidades físicas, saúde e segurança da criança e a otimização do seu desenvolvimento com uma comunicação e disciplina positivas. Estas competências estiveram na base do questionário e aplicado por Lopes (2012) num estudo que desenvolveu nesta área, e que foi utilizado no âmbito deste trabalho que tem como principal objetivo: identificar as necessidades e dificuldades dos pais no exercício da parentalidade

O presente documento apresenta uma síntese dos principais resultados obtidos.

1. MÉTODO

A problemática deste estudo insere-se nas dificuldades e necessidades dos pais bem como, nas condições facilitadoras e inibidoras para o exercício da parentalidade. Face a esta problemática desenvolveu-se o presente estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa. Segundo Fortin (2003) a abordagem quantitativa constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo. Tendo em conta o tipo de estudo, a técnica de amostragem foi não probabilística, ou seja, “cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra (Fortin, 2003). Neste estudo a amostra selecionada foi de 50 pais de crianças com idades compreendidas entre os 3 meses e os 3 anos de idade, tendo sido este o critério de inclusão na amostra.

Quanto aos procedimentos éticos foi solicitada autorização à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) para aplicação dos questionários. Conforme referido anteriormente os dados foram recolhidos, através de um questionário elaborado por Lopes (2012), que permitiu a sua utilização. O questionário encontra-se organizado em cinco dimensões com um total de 30 itens definidos pela autora, após os procedimentos de obtenção de evidências de validade de conteúdo por juízes. O questionário foi aplicado durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2016. Previamente com o intuito de verificar se as questões eram compreensíveis e apropriadas ao pretendido, foi realizado um pré-teste o qual segundo Fortin (2003) consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada a fim de verificar se as questões são compreendidas. Neste sentido, o questionário foi previamente preenchido por dois pais, não tendo havido necessidade de alterar nenhuma das questões. Aquando da aplicação dos questionários os pais das crianças foram informados, de uma forma breve, acerca do objetivo e natureza do estudo tendo-lhes sido assegurados a confidencialidade e o anonimato, tendo em consideração as exigências éticas próprias do processo de investigação.

Para o tratamento dos resultados, procedeu-se a uma análise – através da estatística descritiva com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) - versão 21 para Windows.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Apresentam-se os resultados que resultaram da aplicação do questionário. Inicia-se com a caracterização sociodemográfica dos pais e das crianças que participaram no estudo e em seguida apresentam-se os resultados referentes aos recursos de apoio e ao exercício da parentalidade positiva.

2.1. Caracterização sociodemográfica dos pais e crianças

A tabela 1 descreve as características sociodemográficas da amostra de 50 pais, que constituíram a amostra (86% mães e 14% pais). A maioria dos participantes (58%) tinha apenas um filho. Cerca de 68% dos participantes pertenciam à UCSP e 32% à UCC com idades compreendidas entre os 23 e os 41 anos (M)=31,56; DP =4,28. Cerca de 96% dos participantes eram de nacionalidade portuguesa e 4% de nacionalidade brasileira.

Tabela 1: Características sociodemográficos dos pais

Variáveis	Participantes (N=50)	
	Nº	%
Sexo		
Mães	43	86
Pais	7	14
Número de filhos		
Filho único	29	58
Outros filhos	21	42
Concelho		
UCSP	34	68
UCC	16	32
Estado civil		
Casado/união de facto	46	92
Solteiro	3	6
Divorciado	1	2
Nacionalidade		
Portuguesa	48	96
Estrangeira	2	4

Quanto à escolaridade 8% dos participantes não completaram o ensino básico, tendo 6 anos de escolaridade (2º Ciclo), enquanto que 22% o completaram. Dos 17 participantes que completaram o ensino secundário, 13 referiram ter o 12º ano de escolaridade enquanto que 4

referiram ter frequentado um curso de formação profissional. Cerca de 36% tinha formação a nível superior sendo que 32% eram licenciados e 4% doutorados.

Em relação à empregabilidade, 68% dos participantes estavam empregados e a maioria tinha uma remuneração familiar mensal entre 1000 e 2000 euros (56%), enquanto 30% tinha menos de 1000 euros e 14% entre 2001 e 3000 euros.

Quanto às crianças e, de acordo com a tabela 2, 56 % eram do sexo feminino com uma média de idades de 15,62 meses. A maioria (60%), não frequentava a creche, sendo a frequência de ama e dos familiares (pais e avós) referidos como apoios para a criança.

Tabela 2: Dados sociodemográficos, tipo de alimentação e educação das crianças

Variáveis	Crianças (N=50)	
	n.º	%
Género		
Feminino	28	56
Masculino	22	44
Leite Materno		
Sim	44	88
Não	6	12
Leite artificial ou de vaca		
Sim	40	80
Não	10	20
Frequência de creche		
Sim	20	40
Não	30	60
Frequência de ama		
Sim	2	4
Não	48	100

2.2. Recursos de apoio no exercício da parentalidade positiva

A tabela 3 descreve os dados, obtidos dos pais, referentes aos itens que formaram a escala de recursos de apoio na parentalidade. Estes, por sua vez, foram reagrupados em recursos de apoio formal e informal. Nos recursos de apoio formal, foram os enfermeiros (90%), seguindo-se dos médicos (88%) de quem os pais receberam mais apoio. Enquanto cerca de 40% recorreu a informação escrita, tais como, livros e revistas e 38% recorreu a guias elaborados por profissionais. Houve ainda quem especificasse (2%) as assistentes sociais da Câmara Municipal como um apoio para cuidar da criança.

Nos recursos de apoio informal, foram os avós das crianças, que ocuparam o primeiro lugar com 88%, seguido da internet (23%), dos outros familiares (13%), dos amigos (12%) e da madrinha/padrinho (2%).

Tabela 3: Frequências dos participantes por itens da Escala de Recursos de Apoio na Parentalidade

Dimensões e itens	Participantes (N=50)	
	Teve	
	N	%
Recursos de apoio formal		
Guias elaborados por profissionais	19	38
Informação escrita (livros e revistas)	20	40
Médicos	44	88
Enfermeiros	45	90
Acesso telefónico a enfermeiro especialista	21	42
Recursos de apoio informal		
Avós da criança	44	88
Outros familiares	13	26
Outros pais	5	10
Amigos	12	24
Vizinhos	6	12
Internet	23	46

2.3. Exercício da parentalidade positiva

2.3.1. Autoperceção da confiança dos participantes

A dimensão comunicação positiva com a criança foi onde, em média, os participantes perceberam maior confiança (M= 4,42), havendo dois itens onde os participantes sentiram muita confiança: nos benefícios para a criança de um relacionamento caloroso e de amor (M=4,78; DP = 0,51) e no estabelecimento de atividades que fazem a criança sentir-se especial e importante (M=4,52; DP = 0,68). Quanto à interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar foi o item desta dimensão que obteve um valor médio mais baixo, ou seja onde os participantes parecem sentir menor confiança (M = 4,12; DP = 0,82).

Na dimensão Disciplina Positiva foi onde em média os participantes apresentaram menor autoconfiança (M= 3,58), sendo o utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições o item de valor mais baixo (M= 3,3; DP = 0,95) seguido do estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança (M = 3,46 DP= 1,05).

Dos itens incluídos nas outras dimensões o avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança foi onde os participantes, em média, perceberam menos confiança (M =3,64; DP = 1,21), seguido do cuidar da criança quando tem cólicas (M = 3,66; DP =1,12), do ser um bom modelo para a criança (M =3,74; DP = 0,99) e do perceber os sinais de doença na criança (M =3,84; DP =1,08).

Tabela 4: Médias e desvios-padrão das respostas aos itens e dimensões da Escala de Auto percepção da Confiança no Exercício da Parentalidade Positiva

Dimensões e itens da parentalidade positiva	Confiança dos participantes (N=50)	
	M	DP
Necessidades Físicas da Criança	3,89	
Nos procedimentos na amamentação	3,80	1,17
Nos procedimentos para aleitamento	3,94	1,06
A lidar com o comportamento da criança na amamentação /aleitamento	3,82	1,04
A avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança	3,64	1,21
Na introdução de novos alimentos	4,02	1,08
Na preparação das primeiras sopas	4,04	1,09
A ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono	3,74	1,16
A dar os primeiros banhos	4,36	0,9
A cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas	3,66	1,12
Segurança da Criança	4,30	
Na identificação dos alimentos saudáveis	4,36	0,78
Na preparação de um ambiente seguro (sem perigos) para a criança	4,34	0,75
Na identificação de ambientes nocivos para a criança (exposição ao tabaco, chumbo, mercúrio, toxinas)	4,56	0,7
A perceber os sinais de doença na criança	3,84	1,08
A cuidar da criança quando está doente	4,04	0,9
Na compreensão da importância da vigilância de saúde da criança (levar a consultas e vacinas)	4,66	0,48
Desenvolvimento, Comportamento e Estimulação da Criança	4,18	
A conhecer as fases do desenvolvimento da criança	4,18	0,75
Saber quais as ações que estimulam a criança	4,02	0,82
Na escolha de materiais de aprendizagem de acordo com a idade da criança (brinquedos. música, livros)	4,20	0,93
Nas atitudes que promovem comportamentos adequados na criança	4,04	0,88
A aproveitar o momento do banho para estimular a criança	4,38	0,7
A aproveitar o momento da alimentação para estimular a criança	4,28	0,64
Comunicação Positiva com a Criança	4,42	
A responder com afeto ao choro da criança	4,46	0,81
Na interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar	4,12	0,82
Nos benefícios para a criança de um relacionamento caloroso e de amor	4,78	0,51
No estabelecimento de atividades que fazem a criança sentir-se especial e importante	4,52	0,68
Nas atitudes que proporcionam uma comunicação positiva com a criança (simples, clara e estimulante)	4,20	0,83

Disciplina Positiva	3,58	
Na compreensão da importância da disciplina para a criança	3,82	1,08
A estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança	3,46	1,05
A utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições	3,30	0,95
A ser um bom modelo para a criança	3,74	0,99

2.3.2. Auto percepção das dificuldades dos participantes

A tabela 5 descreve os dados dos diversos itens e dimensões da Escala de Auto percepção das Dificuldades no exercício da Parentalidade Positiva. A dimensão das necessidades físicas da criança foi onde, em média, houve mais dificuldades (M=2,53) sendo que nas dimensões de segurança e de comunicação positiva com a criança foi onde o valor médio das dificuldades foi menor (M = 1,84). Os itens com uma média mais elevada, ou seja, aqueles em que os participantes sentiram maiores dificuldades, situam-se na dimensão necessidades físicas e disciplina positiva e referem-se a avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança (M =2,86; DP =1,32), a estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança (M= 2,8; DP = 1,25), a utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições (M = 2,8 ; DP= 1,11) e a ser um bom modelo para a criança (M =2,8; DP =1,32).

Tabela 5: Médias e desvios-padrão das respostas aos itens e dimensões da Escala de Auto percepção das Dificuldades no Exercício da Parentalidade Positiva

Dimensões e itens da parentalidade positiva	Dificuldades dos participantes (N=50)	
	M	DP
Necessidades Físicas da Criança	2,38	
Nos procedimentos na amamentação	2,76	1,36
Nos procedimentos para aleitamento	2,48	1,34
A lidar com o comportamento da criança na amamentação /aleitamento	2,52	1,36
A avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança		
Na introdução de novos alimentos	2,86	1,32
Na preparação das primeiras sopas	2,06	1,25
A ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono	1,78	1,05
A dar os primeiros banhos	2,48	1,43
A cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas	1,72	1,03
	2,76	1,22
Segurança da Criança	1,84	
Na identificação dos alimentos saudáveis	1,76	1
Na preparação de um ambiente seguro (sem perigos) para a criança	1,78	0,97
Na identificação de ambientes nocivos para a criança (exposição ao tabaco, chumbo, mercúrio, toxinas)	1,68	1,11
A perceber os sinais de doença na criança		

A cuidar da criança quando está doente	1,68	1,22
Na compreensão da importância da vigilância de saúde da criança (levar a consultas e vacinas)	2,5	1,16
	1,66	1,02
Desenvolvimento, Comportamento e Estimulação da Criança	2,03	
A conhecer as fases do desenvolvimento da criança	2,16	1
Saber quais as ações que estimulam a criança	2,06	0,98
Na escolha de materiais de aprendizagem de acordo com a idade da criança (brinquedos, música, livros)	1,98	1,13
Nas atitudes que promovem comportamentos adequados na criança	2,34	1,17
A aproveitar o momento do banho para estimular a criança	1,7	0,97
A aproveitar o momento da alimentação para estimular a criança	1,94	1,06
Comunicação Positiva com a Criança	1,84	
A responder com afeto ao choro da criança	1,86	1,16
Na interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar	2,08	1,17
Nos benefícios para a criança de um relacionamento caloroso e de amor	1,44	0,92
No estabelecimento de atividades que fazem a criança sentir-se especial e importante	1,7	0,95
Nas atitudes que proporcionam uma comunicação positiva com a criança (simples, clara e estimulante)	2,12	1,08
Disciplina Positiva	2,78	
Na compreensão da importância da disciplina para a criança	2,7	1,33
A estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança	2,8	1,25
A utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições	2,8	1,11
A ser um bom modelo para a criança	2,8	1,32

2.3.3. Necessidade de conhecimentos dos participantes

Na tabela 6 apresentam-se os dados sobre a autopercepção da necessidade de conhecimentos dos participantes. A dimensão disciplina positiva foi onde em média os participantes referiram mais necessidade de conhecimento ($M = 2,49$), seguida da dimensão das necessidades físicas ($M = 2,20$). Os itens com valores de média mais elevada, ou seja, os itens em que os participantes sentiram maior necessidade de conhecimentos foram: na compreensão da importância da disciplina para a criança ($M=2,76$; $DP = 1,36$), a estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança ($M = 2,56$; $DP = 1,37$) e a cuidar da criança quando está doente ($M = 2,48$; $DP = 1,30$).

Tabela 6: Médias e desvios-padrão das respostas aos itens e dimensões das Necessidades de conhecimentos dos participantes

Dimensões e itens da parentalidade positiva	Necessidades dos participantes (N=50)	
	M	DP
Necessidades Físicas da Criança	2,20	
Nos procedimentos na amamentação	2,28	1,36
Nos procedimentos para aleitamento	2,24	1,35
A lidar com o comportamento da criança na amamentação /aleitamento	2,18	1,17
A avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança	2,14	1,29
Na introdução de novos alimentos	2,18	1,24
Na preparação das primeiras sopas	2,08	1,24
A ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono	2,24	1,27
A dar os primeiros banhos	1,80	1,19
A cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas	2,7	1,46
Segurança da Criança	2,11	
Na identificação dos alimentos saudáveis	1,98	1,25
Na preparação de um ambiente seguro (sem perigos) para a criança	1,96	1,10
Na identificação de ambientes nocivos para a criança (exposição ao tabaco, chumbo, mercúrio, toxinas)	1,90	1,39
A perceber os sinais de doença na criança	2,36	1,29
A cuidar da criança quando está doente	2,48	1,30
Na compreensão da importância da vigilância de saúde da criança (levar a consultas e vacinas)	1,96	1,30
Desenvolvimento, Comportamento e Estimulação da Criança	2,12	
A conhecer as fases do desenvolvimento da criança	2,28	1,13
Saber quais as ações que estimulam a criança	2,30	1,18
Na escolha de materiais de aprendizagem de acordo com a idade da criança (brinquedos, música, livros)	1,98	1,17
Nas atitudes que promovem comportamentos adequados na criança	2,18	1,08
A aproveitar o momento do banho para estimular a criança	1,92	1,08
A aproveitar o momento da alimentação para estimular a criança	2,08	1,16
Comunicação Positiva com a Criança	2,13	
A responder com afeto ao choro da criança	2,00	1,26
Na interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar	2,34	1,32
Nos benefícios para a criança de um relacionamento caloroso e de amor	1,88	1,41
No estabelecimento de atividades que fazem a criança sentir-se especial e importante	2,18	1,47
Nas atitudes que proporcionam uma comunicação positiva com a criança (simples, clara e estimulante)	2,26	1,31
Disciplina Positiva	2,49	
Na compreensão da importância da disciplina para a criança	2,76	1,36
A estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança	2,56	1,37
A utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições	2,46	1,28
A ser um bom modelo para a criança	2,20	1,21

2.4. Idade da criança em que as dificuldades no exercício da parentalidade foram mais sentidas

A amostra total para esta variável foi constituída por 40 participantes uma vez que, cerca de 10 pais (20%) referiram não ter dificuldades em nenhuma das áreas da parentalidade. A tabela 7 apresenta a frequência de pais que referiram dificuldades em função da idade das crianças no momento da colheita de dados.

Os participantes que revelaram dificuldades nos primeiros sete meses de idade da criança foram relacionadas com as necessidades físicas, com o comportamento e desenvolvimento da criança e com a comunicação. O 1º mês é o momento em que os pais têm maior dificuldade nas categorias das necessidades físicas e de segurança (42%) e ao nível da comunicação com a criança (18%), sendo o momento superior ao 1º mês e inferior ou igual a 3 meses o que os pais identificam maiores dificuldades ao nível do comportamento e desenvolvimento da criança. A partir dos 8 meses grande parte dos pais refere dificuldades ao nível da disciplina sendo esta mais acentuada entre os 12 os 24 meses (26%). As áreas em que os pais não referiram dificuldades foram ao nível da comunicação (40%) e do comportamento e desenvolvimento (34%).

Tabela 7: Frequências dos participantes em função da idade das crianças em que ocorreram as dificuldades

Idade da criança	Participantes com dificuldades	
	n.º	%
No 1 mês (n=40)	27	67,5
De 1 a 3 meses (n=40)	15	37,5
De 4 aos 7 meses (n=36)	15	37,5
De 8-12 meses (n=23)	14	35
De 1 – 2 anos (n=12)	15	37,5
De 2-3 anos (n=7)	7	17,5

3. CONCLUSÃO

A adaptação à parentalidade é considerada um processo de transição na vida das famílias. Na opinião de Soares (2008) muitas das perturbações comportamentais, sociais e emocionais que afetam a saúde dos indivíduos podem, em muitos casos, resultar de dificuldades ocorridas na infância, nomeadamente, a nível da qualidade da interação pais-filho e dos laços vinculativos estabelecidos.

Do conjunto de resultados salientou-se a dimensão comunicação positiva com a criança onde, em média, os pais perceberam maior confiança e onde sentiram menores dificuldades. Esta dimensão é referida por Dadam (2011) como de extrema importância na determinação da saúde emocional no grupo familiar, funciona como prevenção de bloqueios e limites excessivos, contribuindo para a possibilidade da expressão mais verdadeira dos sentimentos.

No que concerne às áreas em que os pais referiram maior necessidade de conhecimentos, maiores dificuldades e menor confiança, constatou-se que as dimensões disciplina positiva e das necessidades físicas foram as mais referidas. Nestas duas áreas destacaram-se itens como o avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança, o estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança, o utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições e a ser um bom modelo para a criança. As dificuldades dos progenitores relativamente às questões da educação e disciplina também são corroboradas por Pires (2014). Segundo Strech (2008) a educação e disciplina têm vantagens, nomeadamente no desenvolvimento da capacidade de autocontrolo e, no lidar com as frustrações, o que promove uma maior satisfação pessoal nas suas vivências diárias e nas suas relações com os outros.

Quanto às dificuldades relacionadas com as necessidades físicas, com a comunicação e com o comportamento e desenvolvimento da criança os pais descrevem que estas ocorrem, essencialmente, ao longo dos primeiros 7 meses da criança sendo que, a partir dos 8 meses grande parte dos pais refere dificuldades ao nível da disciplina sendo esta mais acentuada entre os 12 os 24 meses.

Consideramos que este trabalho, contribuiu para uma melhor compreensão das necessidades, dificuldades e facilidades dos pais no exercício do papel parental uma vez que pais que conhecem bem as suas qualidades, dificuldades e limitações bem como os seus recursos de apoio conseguem mais facilmente obter uma resposta ajustada e pertinente às necessidades dos seus filhos (Marques, 2013).

Apesar das limitações do presente trabalho, particularmente da dimensão reduzida e a não representatividade da amostra, parte-se da premissa e da convicção pessoal de que a investigação em Enfermagem, só faz sentido se contribuir para a melhoria da prática profissional, pelo que procura-se à divulgar os resultados obtidos, de modo a possibilitar a reflexão acerca dos dados obtidos no âmbito da temática em estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.

Centers For Disease Control and Prevention (2008). *Babies & Toddlers: Learn Some Positive Parenting Tips*. Atlanta: CDC Features. Acedido 14-06-2015. Disponível <http://www.cdc.gov/Features/Parenting/InfantsToddlers.html>.

Cohen, J. & Clothier, S. (2005). *Helping young Children Succeed: Strategies to Promote Early Childhood Social and Emotional Development*. Washington DC: Zero to Three & National Conference of State Legislatures.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Geneva: ICN.

Council of Europe (2006). *Recommendation Rec (2006) 19 of Committee of Ministers to member states on chil day care, adopted by the Committeé of Ministers on 13 December 2006*. Acedido 10-05-2016. Disponível em <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1073507&BackColorLogged=FFAC75>.

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.

Dadam, S. (2011). *Programa de orientação para parentalidade: avaliação da sua importância e momento adequado de aplicação*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra.

Direcção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS. Acedido em 4-01-2015. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AGO.2015.pdf

Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: da conceção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.

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

Marques, A. (2013). “(RE)” *Construir Famílias* . (Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco). Disponível no RIPV.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23, 12-28.

Soares, H. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de Enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Strecht, P. (2008). *A minha escola não é esta. Dificuldades de aprendizagem e comportamento em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim.

OMS (2000). *World Health Report*. Genebra: World Health Organization.

OMS (2014). *Região Africana da OMS: Mais Saúde para as Pessoas*. Acedido em 14-07-2015. Disponível em http://www.afro.who.int/pt/downloads/cat_view/1492-portugues.html

Pires, R. (2014). *Parentalidade e resiliência em casais com filhos a frequentar o primeiro ciclo*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). Instituto Superior Miguel Torga.

Resende, A.. & Figueiredo, A. (2010). Parentalidade apoiada – Projeto de Avaliação e Intervenção a um Grupo de Risco Específico, Promotor de Boas Práticas. In Carlos Sequeira & Luis Sá (Eds). *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental*, (pp.123-133). Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

U. S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children’s Bureau (2012). *Child Maltreatment*. Washington.