

Instituto Politécnico de Santarém
2018

A disciplina no exercício da parentalidade

Nuno Lopes

A disciplina no exercício da parentalidade

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Nuno Rodrigo Batista Lopes

Orientadora:
Prof.^a Doutora Regina Ferreira

2018



A disciplina no exercício da parentalidade

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**

Nuno Rodrigo Batista Lopes

Orientadora:

Prof.^a Doutora Regina Ferreira

2018

PENSAMENTO

“Muitos pais querem dar o mundo aos seus filhos, mas não são capazes de se darem a si mesmos. Muitos querem dar-lhes excelentes diplomas, mas não os preparam para a escola da vida. Os pais precisam de ver o mundo com os olhos deles e perceber o que está por trás da cortina dos seus comportamentos. Quem só vê a cortina não compreende as camadas mais íntimas da vida.”

Augusto Cury

DEDICATÓRIA

Para a minha filha,
que este trabalho contribua para ser um melhor pai.

AGRADECIMENTOS

À minha esposa agradeço a sua compreensão, paciência, incentivo e pela presença constante, que permitiu suavizar o esforço exigido neste percurso. À minha filha por todo o tempo que a privei da minha companhia e disponibilidade para a ajudar a crescer. À minha família pelo apoio ao longo deste percurso.

À Professora Doutora Maria Regina Ferreira (Orientadora) agradeço a preciosa ajuda, orientação, colaboração, disponibilidade e motivação ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Aos enfermeiros que me receberam nos contextos clínicos agradeço o envolvimento, partilha de saber, disponibilidade e estímulo para continuar este percurso.

Aos meus colegas agradeço o apoio e amizade que amenizaram as dificuldades enfrentadas ao longo deste percurso.

Aos colegas do III Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, agradeço a partilha de experiências e vivência ao longo deste percurso, e o estímulo e encorajamento na componente do Mestrado.

A todos os que, de alguma forma, colaboraram na realização deste trabalho.

A todos, o meu sincero Obrigado.

RESUMO

O presente relatório resulta da aprendizagem desenvolvida no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. O seu objetivo é fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada, através da prática baseada na evidência com recurso à Revisão Sistemática de Literatura, subordinada ao tema da disciplina no exercício da parentalidade.

Inclui o enquadramento teórico sobre a parentalidade, disciplina, impacto no desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar e avaliação das competências parentais. Contém uma reflexão sobre as aprendizagens e atividades desenvolvidas. Desenvolve a Revisão Sistemática de Literatura, com o objetivo de conhecer a evidência científica sobre a avaliação das competências parentais na área da disciplina, nos pais de crianças em idade pré-escolar, utilizando a metodologia PICO para elaborar a questão “Quais as competências parentais na área da disciplina, nos pais de crianças em idade pré-escolar?”. Apresenta as evidências encontradas e a ligação à prática dos cuidados de enfermagem.

Conclui-se que os enfermeiros têm um papel importante no apoio aos pais no exercício da parentalidade durante o desenvolvimento da criança, com consequente impacto no seu futuro e que se traduz em benefícios no comportamento das crianças e na relação pais-filhos. A avaliação das competências parentais contribui para a melhoria dos cuidados, permitindo desenvolver intervenções baseadas nas necessidades dos pais. Esta avaliação permite atestar o resultado das intervenções efetuadas e demonstrar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem, Parentalidade Positiva, Disciplina

ABSTRACT

This report is a result of the learning developed in the Master Course in Child and Youth Health Nursing. Its objective is to base the skills developed towards advanced nursing, through evidence-based practice using the Systematic Review of Literature, subordinated to the subject of discipline in the exercise of parenting.

It includes the theoretical framework on parenting, discipline, impact on the development of pre-school children and evaluation of parental competences. It contains a reflection on the learning and activities developed. It develops the Systematic Review of Literature, with the objective of knowing the scientific evidence about the evaluation of parental competences in the area of the discipline, in the parents of preschool children, using the methodology PICO to elaborate the question "What the parental competences in the area of the discipline, in the parents of preschool children? ". It presents the evidences found and the connection to the practice of nursing care.

It is concluded that nurses have an important role in supporting parents in the exercise of parenting during the development of the child, with a consequent impact on their future and that translates into benefits in children's behavior and parent-child relationship. The evaluation of parental competences contributes to the improvement of the care, allowing developing interventions based on the needs of the parents. This evaluation allows to certify the results of the interventions carried out and to demonstrate health gains sensitive to nursing care.

Keywords: Nursing, Positive Parenting, Discipline

SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

GPT – Grupo Português de Triagem

INE – Instituto Nacional de Estatística

JBI – Joanna Briggs Institute

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

P-FPPs – Prevention-Focused Parenting Programs (Programas de Parentalidade Centrados na Prevenção)

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

SGICM – Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento

UNCRC – United Nations Convention on the Rights of the Child (Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas)

UNICEF – United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

USPS – UpStart Parent Survey (Questionário parental UpStart)

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. EQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1. PARENTALIDADE.....	18
1.2. DISCIPLINA.....	20
1.3. DESENVOLVIMENTO.....	24
1.4. COMPETÊNCIAS PARENTAIS	27
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	29
2.1. PEDIATRIA.....	29
2.2. NEONATOLOGIA.....	30
2.3. URGÊNCIA PEDIÁTRICA.....	31
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA	32
3.1. INTEGRAR AS EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES DAS EQUIPAS DE PEDIATRIA, DE NEONATOLOGIA E DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA.	33
3.2. ASSISTIR A CRIANÇA/JOVEM COM A FAMÍLIA, NA MAXIMIZAÇÃO DA SUA SAÚDE, E PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM COMPLEXOS E ESPECIALIZADOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM.....	35
3.3. CUIDAR DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA EM SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE.....	37
3.4. PROMOVER UM PLANO DE SAÚDE PROMOTOR DA PARENTALIDADE, NA ÁREA DA DISCIPLINA.....	41
4. REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	46
5. REFLEXÃO SOBRE AS EVIDÊNCIAS E A PRÁTICA	49
6. CONCLUSÃO	55
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXOS	61
ANEXO I – PROJETO DO ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM II.	63

ANEXO II – FORMAÇÃO À EQUIPA DE ENFERMAGEM “SUPORTE DE VIDA PEDIÁTRICO – AVALIAÇÃO INICIAL E PROTOCOLOS DE ATUAÇÃO”.....	85
ANEXO III – PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO “SUPORTE DE VIDA PEDIÁTRICO – AVALIAÇÃO INICIAL E PROTOCOLOS DE ATUAÇÃO” E RESPETIVA AVALIAÇÃO.	111
ANEXO IV – FORMAÇÃO À EQUIPA DE ENFERMAGEM “MÉTODO MÃE-CANGURU”.....	117
ANEXO V – PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO “MÉTODO MÃE-CANGURU” E RESPETIVA AVALIAÇÃO.	133
ANEXO VI – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “COMPORTAMENTO DA CRIANÇA NA 1ª INFÂNCIA”.	139
ANEXO VII – O PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “COMPORTAMENTO DA CRIANÇA NA 1ª INFÂNCIA” E RESPETIVA AVALIAÇÃO.	153
ANEXO VIII – FOLHETO DE PROMOÇÃO DA CAPACITAÇÃO PARENTAL NA ÁREA DA DISCIPLINA.....	159
ANEXO IX – PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA “MÉTODO MÃE-CANGURU E INTERAÇÃO PAIS/RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS: QUAIS OS BENEFÍCIOS?”.....	163
ANEXO X – FOLHETO PARA OS PAIS SOBRE O “MÉTODO MÃE-CANGURU”.....	175
ANEXO XI – CARTAZ PARA OS PAIS SOBRE A “DISCIPLINA”.....	179
ANEXO XII – PROTOCOLO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA “COMPETÊNCIAS PARENTAIS NA ÁREA DA DISCIPLINA: COMO AVALIAR?”	183

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde na Criança e no Jovem foi realizado o Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II, para o qual foi elaborado um Projeto de Estágio com o objetivo de orientar as atividades e proporcionar uma aprendizagem enriquecedora como mestrando e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP).

O estágio decorreu entre Maio a Novembro de 2016 em contexto de cuidados de saúde diferenciados e foi repartido por 3 unidades de cuidados distintas: Pediatria, Neonatologia e Urgência Pediátrica de diferentes hospitais do Grupo I. Os estágios tiveram a supervisão de enfermeiros cooperantes Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O relatório tem como objetivos: enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica; fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática de literatura; inventariar os recursos necessários à acção de enfermagem baseada na evidência; fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada; avaliar, registar e divulgar os resultados da acção/intervenção de enfermagem.

Os objetivos gerais do estágio foram: assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. Os objetivos específicos definidos foram: integrar as equipas multidisciplinares dos serviços; desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; promover um plano de saúde com a família promotor da parentalidade, na área da disciplina.

A enfermagem é uma profissão de “gente que cuida de gente” (Horta, 1976, citada por Carraro, 2004:654). Ao cuidar de pessoas o enfermeiro lida com uma grande complexidade no seu dia-a-dia.

Com base na minha experiência enquanto enfermeiro e nas aprendizagens durante o Curso de Mestrado em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem, considero que, como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na prática diária de cuidados à criança/jovem e família utilizarei vários referenciais teóricos de forma a maximizar a prática de cuidados. Enquanto mestrando e EEESIP considero existirem diversas teorias e modelos na base da prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família, em que, consoante as necessidades de cuidados, poderá ser mais preponderante uma destas. Ao longo deste relatório são abordadas a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, e o modelo abordado é o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey.

A escolha da temática que foi desenvolvida no Curso de Mestrado e nos estágios começou com uma reflexão da prática diária que deu origem a uma primeira revisão sistemática da literatura sobre o tema da parentalidade. Nessa revisão sistemática de literatura concluiu-se existirem benefícios nas intervenções de enfermagem na capacitação parental, com uma melhoria no comportamento e nas relações pais-filhos após a intervenção de enfermagem, e que os enfermeiros devem estar despertos para a relação da díade pais-filhos e possíveis problemas de comportamento, sendo esta uma área a que os enfermeiros devem dar mais atenção de forma a reduzir problemas de comportamento nas crianças, melhorar as relações pais-filhos e prevenir problemas futuros (Lopes e Ferreira, 2015).

Na realização deste relatório foi usada a metodologia descritiva e reflexiva. Começa-se por um enquadramento teórico sobre a parentalidade, disciplina, impacto no desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar e a avaliação das competências parentais. Seguido da contextualização das unidades em que decorreu o estágio, passando à apresentação das atividades realizadas e as competências adquiridas.

Na continuação é apresentado o processo da Revisão Sistemática de Literatura, com o objetivo de conhecer a evidência científica sobre a avaliação das competências parentais na área da disciplina, nos pais de crianças em idade pré-escolar. Foi utilizada a metodologia PICO para formular a questão “Quais as competências parentais na área da disciplina, nos pais de crianças em idade pré-escolar?”, apresentando as evidências encontradas e a ligação à prática dos cuidados de enfermagem.

No final foi realizada a conclusão, em que é feita uma avaliação global das experiências e aprendizagens vivenciadas e da prática baseada na evidência com recurso à Revisão Sistemática de Literatura.

Em anexo, está disponível o projeto de estágio, o protocolo completo da revisão sistemática de literatura e os trabalhos realizados ao longo do estágio e referenciados ao longo do texto.

1. EQUADRAMENTO TEÓRICO

Na temática escolhida da parentalidade o referencial teórico que ganha relevo é a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Chick e Meleis (1986), citados por Magalhães (2011) definiram a transição como a passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra, englobando o processo e os resultados da interação entre o indivíduo, ou grupo de indivíduos, e o ambiente que o rodeia, inseridos num determinado contexto e situação. As características desta transição incluem o processo, a perceção da alteração e os padrões de resposta do indivíduo, em que a transição tem uma característica essencialmente positiva, porque a passagem pelo evento permite ao indivíduo alcançar uma maior maturidade e estabilidade.

Segundo Meleis e Dean (2012) os enfermeiros interagem com os utentes numa condição de saúde ou doença, estão inseridos num contexto sociocultural, e de alguma forma estão a viver uma transição atual ou por antecipação. A mesma autora refere que a interação entre os enfermeiros e os utentes se organiza em torno de uma intenção que pretende promover, restaurar ou facilitar a saúde. Assim, as transições pertencem ao domínio da disciplina de Enfermagem quando se relacionam com a saúde e a doença ou quando as suas respostas são manifestadas por comportamentos relacionados com a saúde. O conceito de transição inclui em simultâneo a continuidade e descontinuidade dos processos de vida do indivíduo, definindo-se por períodos de desordem entre estados de equilíbrio (Meleis e Dean, 2012).

Para Meleis e Dean (2012) o destinatário dos cuidados de enfermagem é um ser humano com necessidades específicas, em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às mudanças, mas que devido a uma situação de doença ou vulnerabilidade experimenta, ou pode vir a experimentar, um estado de desordem. Meleis e Dean (2012) expõem que a saúde do indivíduo se revela pela consciencialização, empoderamento, controlo e mestria na vida. Em que a ausência deste estado de equilíbrio, normalmente devido a momentos de crise, coloca o indivíduo na iminência de uma transição.

Schumacher e Meleis (1994), citados por Magalhães (2011), referem que os processos de transição são influenciados por fatores pessoais e ambientais e que existem aspetos transversais às categorias de transição, existindo duas propriedades universais: as transições são processos que estão constantemente a acontecer e envolvem o desenvolvimento, fluxo ou movimento de um estado para outro; e as mudanças que ocorrem durante as transições têm naturezas específicas – identidade, papel, relações, capacidades, padrões de comportamento, estrutura, função, dinâmica. Definindo como indicadores de transições bem-sucedidas: o bem-estar subjetivo; a mestria no desempenho de um papel; o bem-estar nas relações; a qualidade de vida; a adaptação; a capacidade funcional; a auto-atualização e a transformação pessoal (Meleis *et al.*, 2000, citada por Magalhães, 2011).

A Teoria das Transições de Meleis identifica quatro tipos de transição centrais na prática de enfermagem, e que são vividas pelos utentes ou pelas suas famílias (Meleis e Dean, 2012):

- A transição desenvolvimental, associada a mudanças no ciclo vital, a eventos de desenvolvimento individual ou familiar, por exemplo a gravidez, a passagem da infância à adolescência ou o envelhecimento;
- A transição de saúde/doença, associada a uma mudança súbita no desempenho de papéis resultantes de alteração súbita da condição de saúde, da passagem de um estado saudável para uma doença crónica ou o agravamento da condição de saúde;
- A transição situacional, associada a acontecimentos que originam alteração de papéis, por exemplo a passagem de um papel “não parental” para um papel parental;
- A transição organizacional, associada a mudanças relacionadas com o ambiente, abrangendo aspetos relacionados com o ambiente social, político, económico e as alterações na estrutura e dinâmica das organizações.

As transições apresentam propriedades como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço de tempo, os pontos críticos e os eventos. A consciencialização está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da vivência da transição. O nível de consciência da transição reflete-se no grau de congruência entre o que se sabe sobre os processos e as respostas esperadas e sobre as perceções dos indivíduos que vivenciam transições semelhantes. As transições são complexas e multidimensionais, não sendo mutuamente exclusivas, podendo ser vivenciada mais do que uma transição simultaneamente. Pelo que, os enfermeiros não devem concentrar-se apenas num tipo específico de transição, mas sim nos padrões de todas as transições significativas na vida individual ou familiar. Esta teoria permite ao enfermeiro uma melhor compreensão do processo de transição, pois através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível o enfermeiro avaliar e diagnosticar problemas com o processo de transição do indivíduo/família e pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção que ajudem a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar (Meleis *et al.*, 2000, citada por Magalhães, 2011).

1.1. PARENTALIDADE

A parentalidade define-se como o

desempenho do papel de pai ou mãe ao prestar cuidados, alimento e proteção ao filho, pelos pais biológicos ou substitutos. Os pais apoiam as crianças exercendo autoridade e através de um comportamento consistente, empático e apropriado em resposta às necessidades da criança. A parentalidade difere da educação infantil na medida em que, na educação infantil, a ênfase é no acto de treinar ou educar as crianças e na interação entre os pais e as crianças, enquanto a parentalidade enfatiza a responsabilidade e as qualidades do comportamento exemplar dos pais. (National Library of Medicine, 2017).

Segundo Deave *et al.* (2008), citado por Hockenberry e Wilson (2014), a parentalidade consiste na promoção da sobrevivência física e saúde da criança até desenvolver as capacidades essenciais para ser um adulto independente e com capacidade comportamental para otimizar valores culturais e crenças. A compreensão do desenvolvimento da criança e do seu potencial de desenvolvimento, e a promoção da aprendizagem parental são áreas em que os pais necessitam de apoio para empreenderem o seu papel e as suas responsabilidades (Council of Europe, 2006).

O International Council of Nurses (2011) define a parentalidade enquanto foco de enfermagem que envolve quatro dimensões: assumir a responsabilidade do exercício efetivo do papel; otimizar o crescimento e o desenvolvimento da criança; integrar a criança na família; agir de acordo com os comportamentos esperados de alguém que é mãe/pai.

O Council of Europe (2006) define a parentalidade positiva como o comportamento parental baseado no melhor interesse das crianças, que inclui educar e capacitar as crianças num ambiente sem violência, em que proporciona reconhecimento e orientação que englobem um conjunto de limites para permitir o pleno desenvolvimento da criança. Reconhece as crianças e os pais como titulares de direitos e sujeitos a obrigações, e como parceiros essenciais na otimização do potencial de desenvolvimento das crianças. A parentalidade positiva deve ser abordada num ambiente de diálogo, aproveitando o potencial dos pais de forma positiva, reconhecendo que existem diversos tipos de comportamentos parentais que devem ser reconhecidos numa visão pluralista, com o objetivo de obter a participação voluntária dos pais numa relação de parceria de cuidados (Council of Europe, 2006).

Russel (1997) citado por Lopes, Catarino e Dixe (2010) refere que o relacionamento e carinho parental e o envolvimento parental positivo com a criança são variáveis essenciais na parentalidade positiva. Os pais percebem as qualidades e comportamentos positivos da criança, demonstram sensibilidade, carinho, respeito, respondendo positivamente às solicitações e interagindo nas atividades.

Os resultados da pesquisa de Lopes, Catarino e Dixe (2010) evidenciaram a parentalidade positiva como sendo uma parentalidade baseada em aspetos e abordagens positivas, considerando os pais como principais responsáveis, com potencialidades e com direito à diferença no desenvolvimento do seu papel parental. Seay, Freysteinson e McFarlane (2014) acrescentam que a parentalidade positiva é o relacionamento contínuo entre os pais e os filhos que inclui cuidar, ensinar, liderar, comunicar e atender às necessidades de uma criança, de forma consistente e incondicional.

De acordo com a Teoria das Transições de Meleis, a transição dos pais para a parentalidade pode enquadrar-se em dois tipos. O desenvolvimental, por poder estar relacionada com a necessidade de adaptação às diferentes fases de desenvolvimento da criança, como a passagem de lactente à idade pré-escolar, a entrada na escola ou a entrada na adolescência. O situacional, por surgir do lidar com eventos e situações críticas como o assumir do papel parental, sendo esta fase de transição para a parentalidade uma fase de grande vulnerabilidade e de

instabilidade na vida da nova família, cuja capacidade de adaptação poderá ter repercussões na saúde e bem-estar da criança/jovem e sua família.

Martins (2008), citado por Magalhães (2011) afirma que embora todas as transições sejam responsáveis por alterações na vida da pessoa e tenham implicações importantes na sua saúde e bem-estar, tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica pois é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios pais como também na saúde e desenvolvimento das respetivas crianças.

Tornar-se mãe ou tornar-se pai não é um talento natural. É, antes, um processo social e cognitivo que, mais do que intuitivo, é um processo em que os pais aprendem por tentativa e erro, cometendo os mesmos erros que inúmeros pais já cometeram anteriormente. A perícia com que os pais exercem as suas competências parentais influencia o modo como interpretam o seu comportamento e o comportamento da criança. Os pais, com nível elevado de conhecimentos e de habilidades no crescimento e desenvolvimento da criança, higiene, uso dos jogos/brinquadeiras e competências na comunicação interpessoal, têm uma maior probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável da criança e de estarem mais sensíveis às suas necessidades (Ribas e Bornstein, 2005; Mercer, 2006, citados por Cardoso, 2015; Hockenberry e Wilson, 2014).

De acordo com Lopes, Catarino e Dixe (2010) o apoio aos pais na parentalidade positiva deve considerar os seus pontos fortes e as suas diferenças. O que exige do enfermeiro proximidade, acessibilidade e conhecimentos especializados sobre a saúde e desenvolvimento infantil. Devendo o enfermeiro utilizar metodologias que permitam um relacionamento positivo e interativo com os pais.

1.2. DISCIPLINA

A palavra disciplina deriva do latim *disciplina* e a sua utilização remonta ao século XI com o significado de ensinar, aprender e dar instrução e não tinha relação com castigar, com o tempo houve uma evolução do seu significado, sendo habitual fazer a relação de disciplina apenas a castigos ou penalizações (Siegel e Bryson, 2015). Embora, também, signifique um conjunto de regras que regem o comportamento, observância de regras ou a capacidade de controlar um comportamento de forma a respeitar regras (Costa e Melo, 2006; Siegel e Bryson, 2015). A origem da palavra disciplina e a palavra *discípulo* que significa aluno, pupilo e aprendiz. O discípulo é a pessoa que recebe instrução, segue as doutrinas de outrem, sendo aquele que é objeto de disciplina, e não alguém que recebe castigos.

Xiong (1995), citado por Maia (2011), refere que o termo “disciplina” não deve ser definido de forma negativa e punitiva, mas como um método de ensino da criança para a auxiliar a distinguir se as suas ações são “boas” ou “más”. E acrescenta, que não se deve confundir com a

punição, que corresponde a qualquer consequência negativa, verbal ou não verbal, como por exemplo a retirada de privilégios ou castigos físicos.

O exercício da parentalidade na área da disciplina pelos pais pode ser efetuada de diversas formas, de acordo com a personalidade dos pais, personalidade dos filhos, experiência dos pais no desempenho do papel parental, dos modelos que tiveram, entre outros.

Os estilos parentais são o conjunto de atitudes, valores e formas de educar e relacionar com os filhos, geralmente são definidos três estilos parentais (Maia, 2011; Hockenberry e Wilson, 2014):

- Autoritário ou autocrata – controla os comportamentos dos filhos através de ordens e regras inquestionáveis. Estabelecem regras e padrões de conduta que esperam ver seguidos de forma rígida e inquestionável, muitas vezes baseados em valores passados geracionalmente. Tendem a recompensar atitudes de obediência cega, os castigos não precisam de ser corporais mas pode ser retirado o amor e a aprovação.

- Permissivo ou passivo – exerce pouco ou nenhum controlo sobre as ações dos filhos, procura adotar uma atitude não punitiva. Evitam impor as suas regras e padrões de conduta, permitindo que as crianças regulem a sua própria atividade. Muitas vezes utilizam estratégias de manipulação e engano em vez de uma posição firme de autoridade respeitadora. Consideram-se um recurso do que a criança necessita para satisfazer os seus desejos e não um modelo do seu comportamento.

- Autoritativo ou democrático – combinam práticas dos dois estilos anteriores, procuram educar os filhos de forma racional para um conjunto de comportamentos adequados a desenvolver ao longo da vida. Dirigem os comportamentos dos filhos enfatizando as razões para as regras, reforçando positivamente o comportamento adequado e negativamente os desvios. Respeitam a individualidade da criança, o controlo parental é firme e consistente mas incorporando encorajamento, compreensão e segurança.

Os estilos parentais estão relacionados com os tipos de disciplina (Maia, 2011; Bosler e Hubbs-Tait, 2017) e influenciam a forma como a disciplina é exercida sobre os filhos. As diferentes formas de exercício da disciplina pelos pais têm impacto no relacionamento pais-filhos e no comportamento da criança (Lopes e Ferreira, 2015).

Maia (2011) e Bosler e Hubbs-Tait (2017) definem quatro tipos de disciplina:

- Disciplina rígida – utiliza muitas regras e punições que são estabelecidas exclusivamente pelos pais. As crianças não têm voz no processo de tomada de decisão, não estão autorizadas a fazer perguntas ou fazer sugestões. Tende a não compreender como as crianças aprendem e se desenvolvem nas diferentes idades.

- Disciplina permissiva – as crianças são o centro das atenções, a maioria das regras, quando existem, são definidas pelos filhos. As regras, limites e opções disciplinares centram-se nas necessidades e vontades da criança.

- Disciplina positiva – considera a idade e desenvolvimento da criança. Pais e filhos trabalham em conjunto para decidir as regras necessárias para o bem-estar da família. As regras

vão-se adaptando em função das competências e desenvolvimento intelectual das crianças. Os pais exercem o controlo de forma firme, com dignidade e respeito pela criança.

- Disciplina negligente – existe uma falta de disciplina ou abuso da criança, combinando uma deficiência do apoio que os pais oferecem, carinho e por vezes cuidados básicos. A negligência deixa a criança muito entregue à sua própria autodeterminação.

O exercício da disciplina pode conter componentes dos vários tipos de disciplina e variar quanto à rigidez, severidade e consistência de aplicação.

Alguns pais variam o seu exercício da disciplina de acordo com as suas metas para a criança, as suas necessidades e os valores da família. Por exemplo, podem ser rigorosos na hora de dormir, mas permissivos sobre o tempo que a criança fica acordada e ler na cama (Bosler e Hubbs-Tait, 2017).

Herczog (2013) defende que a parentalidade positiva é uma condição importante para o crescimento da “criança, para o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, deve crescer num ambiente familiar, em clima de felicidade, amor e compreensão;” (UNICEF, 2004:3) e que “importa preparar plenamente a criança para viver uma vida individual na sociedade e ser educada no espírito dos ideais proclamados na Carta das Nações Unidas e, em particular, num espírito de paz, dignidade, tolerância, liberdade e solidariedade” (UNICEF, 2004:4) previsto na Convenção dos Direitos da Criança.

Herczog (2013) defende que devem ser promovidas formas positivas, não violentas e participativas de educação infantil e disciplina, em respeito pelos direitos das crianças e com o envolvimento de crianças, como alternativa ao castigo corporal. Os elementos básicos e fundamentais da parentalidade positiva devem ser reconhecidos em todas as sociedades e garantida a sua implementação, apesar da diversidade económica, política, cultural e dos padrões locais de educação infantil.

Brazelton (2009) defende que a seguir ao amor, a disciplina é a dádiva mais importante que os pais devem dar a uma criança. O equilíbrio contínuo entre o amor e a disciplina proporciona à criança contextos de desenvolvimento baseados na segurança, por isso, proporciona contextos de formação de adultos mais felizes (Brazelton, 2009). Maia (2011) acrescenta que criar uma criança não é superprotege-la, mas sim, permitir um crescimento autónomo onde a criança experimenta os seus próprios limites, supervisionados pelos pais.

Brazelton (2009) refere que a maioria dos pais compreende a importância de estabelecer limites às crianças, no entanto, fazê-lo de uma forma consistente e eficaz é uma das tarefas mais difíceis que estes têm. As crianças necessitam de disciplina e tentam abusar para obrigar os pais a impor limites, elas começam a explorar o que é e não é permitido, com um misto de excitação e de medo à medida que se aventuram mais. Se não forem disciplinadas podem tornar-se ansiosas, esforçando-se por obrigar os pais a impor limites, porque não conseguem impô-los a si próprias.

Quando os pais trabalham fora detestam ser coercivos no pouco tempo que passam em casa, mas os filhos aguardam para experimentarem o seu comportamento provocatório num ambiente de segurança e amor. A sua necessidade de obter limites é ainda mais importante

quando os pais estão ausentes. Os pais que na sua infância se sentiram oprimidos receiam fazer o mesmo aos filhos, estes pais podem necessitar de ajuda para enfrentar os seus “fantasmas” e para corresponderem à necessidade que os filhos têm de disciplina (Brazelton, 2009).

Segundo Maia (2011) o papel dos pais como exemplo para os filhos é essencial. Pelos mecanismos de aprendizagem social, uma criança aprende, especialmente nos primeiros anos de vida, através da imitação dos comportamentos dos seus modelos, que maioritariamente são os pais. O mesmo autor defende que os pais devem exercer a disciplina de forma positiva, que também se centra num esforço de educação dos pais para serem eles próprios exemplos de “boa conduta” para os filhos. A principal estratégia desta disciplina exercida de forma positiva baseia-se no “amor firme”, o estabelecimento de limites bem conhecidos entre pais e filhos.

Em termos disciplinares, as estratégias que mais funcionam são os reforços positivos dos bons comportamentos. A ideia central do exercício da disciplina de forma positiva é dotar a criança de ferramentas de autorregulação do seu próprio comportamento, de forma positiva, afetuosa e tranquila (Maia, 2011).

A criança deve ser educada para saber que para um seu desejo a resposta seja SIM e para outro desejo seja NÃO. O aprender a lidar com os “Nãos” que os pais e a vida vão apresentando às crianças vão-na fortalecendo e desenvolvendo uma característica que se pretende desenvolver nas crianças: a capacidade de resistência à frustração, que representa a necessidade de a criança se desenvolver a saber que há “coisas” que quereria ter ou fazer, mas que não pode. Mais tarde, como adulto, será fundamental para aceitar as coisas que tem que fazer por obrigação, ou por necessidade, ou porque num dia simplesmente não tem vontade de fazer, mas que não pode balizar a sua vida pela sua vontade ou não de fazer. Assim, o NÃO, é fundamental para a construção de um “EU” que aceita que a vida não gira em torno da vontade do indivíduo e é necessário muito sacrifício para a satisfação das necessidades e vontades individuais (Maia, 2011). Esta ideia também é defendida por Siegel e Bryson (2015) que defendem ser importante o estabelecimento de limites, de criar estrutura e de ajudar as crianças a desenvolverem controlos internos e a inibição de impulsos, mediante a interiorização do NÃO.

Segundo Siegel e Bryson (2015) uma disciplina eficaz pretende alcançar dois objetivos:

- Os pais conseguirem que os filhos colaborem e se comportem corretamente com as regras da família/sociedade, sendo este um objetivo de curto prazo;
- Os pais ajudarem os filhos a desenvolverem competências na capacidade de enfrentar com resiliência situações difíceis, frustrações e tempestades emocionais; a desenvolverem o autocontrolo e a adquirir uma bússola moral, para quando não estiver presente uma figura de autoridade mantenham uma atitude ponderada e correta, sendo este um objetivo de longo prazo.

Siegel e Bryson (2015) defendem que é possível disciplinar as crianças impondo limites bem definidos e consistentes, mas garantindo o respeito e o carinho. Através deste processo é possível fomentar um desenvolvimento que melhore os relacionamentos, a capacidade das

crianças tomarem boas decisões e a capacidade de pensar nos outros, de forma a prepará-los para uma vida com sucesso e felicidade. Os mesmos autores acrescentam que os momentos que requerem disciplina são dos mais importantes no exercício da parentalidade, pois constituem oportunidades para a interação dos pais com os filhos, em que os pais podem redirecionar os filhos para um comportamento mais adequado para estes e para a família (Siegel e Bryson, 2015).

Para um exercício da parentalidade mais eficaz e positivo para os pais e os filhos Siegel e Bryson (2015) defendem que é necessário o estabelecimento de uma “ligação” entre pais e filhos, dando ênfase à importância dos pais transmitirem à criança a certeza de que a amam e a compreendem como ela é, quando estão a discipliná-la.

Quando um comportamento da criança é inadequado e é necessário adequá-lo é importante os pais não reagirem apenas reativamente ao comportamento da criança. Devem parar (nem que seja um segundo) para conseguirem acalmar-se e assim ter uma atitude que permita acalmar e estabelecer uma ligação com o filho. Esta atitude dos pais mais facilmente permite à criança acalmar e passar de um estado reativo para um estado recetivo, com o qual conseguirá mais facilmente ouvir os pais e aprender (Siegel e Bryson, 2015). Estes autores acrescentam que a ligação permite fortalecer o cérebro, através da melhoria das competências nos relacionamentos, autocontrolo, empatia e introspeção. Todo este processo de estabelecimento de uma “ligação” vai permitir aprofundar a relação entre pais e filhos.

Siegel e Bryson (2015) referem que os momentos de conflito podem ser os mais difíceis e precários em qualquer relação, contudo também podem ser os mais importantes, esses momentos são os verdadeiros testes. A forma como os pais respondem aos filhos quando não estão contentes com as suas escolhas, com orientação terna ou com irritação e censura ou com indignação e “dedo em riste”, terá impacto no desenvolvimento da relação entre pais e filhos e, até, na noção que as crianças têm de si próprias.

1.3. DESENVOLVIMENTO

A UNCRC reconhece que para o desenvolvimento pleno e harmonioso da personalidade da criança, esta deve crescer num ambiente familiar com felicidade, amor e compreensão (UNICEF, 2013).

O ritmo de desenvolvimento do cérebro é mais rápido nos primeiros anos de vida, a base da rede do cérebro é estabelecida até aos seis anos de idade. Essas conexões sinápticas iniciais formam a base da neuroplasticidade que está subjacente à saúde física e mental da criança, afetando o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem ao longo da vida, adaptação às mudanças e o desenvolvimento da resiliência psicológica. Quando o cérebro da criança não consegue obter o que precisa, especialmente durante os períodos mais sensíveis e rápidos de desenvolvimento no início da vida, a quantidade de esforço necessário para recuperá-lo mais tarde é enorme e o melhor potencial é menos provável (UNICEF, 2014).

A existência de condições ideais em casa, como uma alimentação adequada, interações com os pais e práticas não violentas de disciplina, afetam o bem-estar de uma criança. O cuidado efetivo e sensível dos pais nos primeiros cinco anos de vida, inclui uma orientação parental diária, práticas adequadas de alimentação e interações pais-filhos adequadas – emocionalidade positiva, sensibilidade e capacidade de resposta para a criança, evitando as punições verbais ou físicas (UNICEF, 2013).

As interações saudáveis e positivas entre os pais e filhos reduzem o impacto da doença e protegem o cérebro das crianças do impacto negativo do stresse. A existência de stresse tóxico, que se define como a exposição a violência, abuso, negligência e malnutrição persistente, durante a primeira infância, têm um impacto ao longo da vida na saúde, aprendizagem e no comportamento da criança/jovem (UNICEF, 2014).

A American Academy of Pediatrics (2005), citada por Lopes, Catarino e Dixe (2010), refere que a parentalidade positiva é fundamental nos primeiros três anos da vida da criança para aumentar a sua auto-estima e autoconfiança e facilitar o seu desenvolvimento. Pois neste período o cérebro humano tem um grande potencial para a aprendizagem e os pais têm a possibilidade de melhorar o desenvolvimento do seu filho.

Pesquisas sobre estimulação infantil mostram que educar e estimular a interação entre as crianças pequenas e os seus pais fortalece de forma positiva e permanente a capacidade de aprender, podendo mudar a função cerebral para toda a vida. A forma como a criança é cuidada desde o nascimento, a socialização e as práticas disciplinares influenciam o comportamento na primeira infância e também são preditores do comportamento e agressividade em adultos (UNICEF, 2014).

Siegel e Bryson (2015) referem que a neuroplasticidade, forma como o cérebro muda fisicamente de acordo com as experiências vividas, é importante e deve ser tido em conta quando os pais disciplinam os filhos e acrescentam

Aquilo que fazemos como pais tem enormes repercussões em termos de neuroplasticidade. Se as experiências repetidas alteram, realmente, a arquitetura física do cérebro, torna-se, então, primordial que sejamos intencionais nas experiências que proporcionamos aos nossos filhos. (...) Como é que comunicamos com eles? Como é que os ajudamos a refletir sobre as suas acções e os seus comportamentos? Que lhes ensinamos sobre as relações interpessoais, sobre respeito, confiança e esforço? (...) Tudo o que veem, ouvem, sentem, tocam e até cheiram tem impacto no seu cérebro e, por conseguinte, influencia a forma como encaram e interagem com o seu mundo – incluindo a família, os vizinhos, os estranhos, os amigos, os colegas da escola e, até mesmo, consigo próprios (Siegel e Bryson, 2015:72-73).

Maia (2011) refere que no processo de desenvolvimento infanto-juvenil a responsabilidade de educar é dos pais e por isso a amizade e o carinho devem passar-se na relação dos afetos, mas manter-se a firmeza na regulação e implementação das regras, que não podem de forma alguma ser quebradas.

Maia (2011) afirma que “criar” uma criança não é superprotege-la, é permitir um crescimento autónomo onde a criança experimenta os seus próprios limites, supervisionados pelos pais, e perceba quais são edificantes para a sua personalidade e aqueles que são ameaçadores.

À medida que a criança se vai desenvolvendo vai sendo capaz de decidir por si própria e, muito importante, arcar com as consequências das suas escolhas. Os pais devem incentivar a capacidade de autonomia, decisão, autorregulação e gestão das consequências das opções, atitudes e ações de cada criança. Esta ideia também é partilhada pela UNICEF (2013) que defende que as crianças devem ser capacitadas para se tornarem os autores das suas próprias vidas, que devem ser preparadas para tomarem as suas próprias decisões e se transformarem em participantes enérgicos e competentes da sociedade.

O desenvolvimento das habilidades sociais durante a infância, com o objetivo de adquirir relacionamentos bem-sucedidos com os outros, é uma das realizações mais importantes da infância. Quando as crianças não conseguem desenvolver habilidades sociais eficazmente na fase inicial do desenvolvimento, irão exibir comportamentos problemáticos, má adaptação social e baixo rendimento escolar (Veenstra *et al.*, 2008 e Arnold *et al.*, 2012).

Ribas, Moura e Bornstein (2007), citados pela OE (2010), referem que estudos recentes mostraram que as mães com mais conhecimentos, sobre o desenvolvimento infantil e sobre as características e temperamento das crianças, sentem-se mais realizadas no seu desempenho parental, e mostram relações mais positivas e atitudes mais adequadas face ao temperamento da criança, o que revela uma maior autoeficácia no desempenho da parentalidade.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013b), no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, refere que devido às características específicas da sociedade atual, a prevalência das perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência tem vindo a adquirir uma dimensão importante. Estima-se que, atualmente, 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental (Ministério da Saúde, citado por DGS, 2013b).

A DGS defende como linha de atuação a valorização de cuidados antecipatórios como um fator de promoção da saúde, através da transmissão aos pais, e outros cuidadores, dos conhecimentos necessários ao melhor desempenho do exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde (DGS, 2013b). Com o objetivo de apoiar e estimular a prática adequada da responsabilidade parental, com vista a promover o bem-estar familiar e em outros ambientes (DGS, 2013b). Um aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento do exercício da parentalidade, tornando possível às famílias assumirem-no como direito e dever, competindo aos profissionais de saúde facilitá-lo e promovê-lo (DGS, 2013b).

Takahashi, *et al.* (2015), num estudo realizado, concluíram que o apoio aos pais, de crianças em idade pré-escolar, no exercício da parentalidade está relacionado positivamente com o subsequente desenvolvimento de habilidades sociais nas crianças. Acrescentando que os benefícios podem não ser observados a curto prazo, mas apenas serem visíveis a longo prazo.

Lopes e Ferreira (2015) referem que vários estudos demonstraram que existiu sempre uma melhoria no comportamento das crianças e nas relações pais-filhos após a intervenção na capacitação parental, em que se evidenciou a importância da intervenção dos enfermeiros junto dos pais de crianças, em idade pré-escolar, com problemas de comportamento.

A compreensão do desenvolvimento da criança, a promoção da capacitação parental e o potencial de desenvolvimento da criança são áreas em que os pais necessitam de apoio para realizar o seu papel parental e as suas responsabilidades (Council of Europe, 2006). No mesmo documento acrescentam que os profissionais devem promover o aumento da autoconfiança, competências e potencialidade dos pais, motivando-os para serem informados e treinados.

Esta é uma área que os enfermeiros estão numa posição privilegiada, pela proximidade com as famílias na prestação de cuidados e por englobar áreas de intervenção autónoma dos enfermeiros.

Os estudos económicos de James J. Heckman (economista vencedor do Prémio Nobel) produziram a "Curva Heckman", um gráfico que mostra que o maior retorno sobre os investimentos em educação é na aprendizagem em idade pré-escolar, dos zero aos três anos de idade (UNICEF, 2014).

1.4. COMPETÊNCIAS PARENTAIS

As competências parentais correspondem aos recursos emocionais, cognitivos e comportamentais que os pais possuem e que utilizam para responder às necessidades das crianças (Barundy e Dantagnan, 2010, citados por Pereira e Alarcão, 2014).

Lopes (2012), sobre a avaliação do exercício da parentalidade positiva, considera importante a avaliação de duas variáveis: a autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades dos pais nesse exercício. Segundo Bandura (1989), citado por Lopes (2012), as pessoas desenvolvem perceções das suas próprias habilidades e características que irão guiar o seu comportamento no desempenho do que tentam atingir, em que a avaliação destas perceções permite identificar as áreas onde é indispensável apoio. As dificuldades são pontos críticos deste processo, em que a atenção da enfermagem é necessária, pelo que a avaliação da autoperceção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva pelos pais permite direcionar o apoio a prestar pelos enfermeiros (Lopes, 2012).

Pereira e Alarcão (2014) referem que a avaliação parental deve incluir o dinamismo e complexidade das interações entre pais e filhos e abranger componentes que permitam compreender o presente e ajudem a prever o futuro. Os mesmos autores acrescentam que o processo de avaliação poderá contribuir para os pais aumentarem a sua consciência sobre o seu funcionamento parental e o seu envolvimento no processo de mudança.

A avaliação das competências parentais é necessária para efetuar um bom diagnóstico de enfermagem da situação e deve incluir as características positivas e as capacidades das famílias, de forma a tornar possível uma abordagem das intervenções de enfermagem com base nos pontos fortes e nos recursos dos pais e das famílias. O planeamento das intervenções deve ser inteiramente centrado nos interesses dos pais e os assuntos considerados essenciais pelos

profissionais devem ser incluídos de forma faseada e abordados pela positiva (Lopes, Catarino e Dixe, 2010).

Uma avaliação completa deve integrar informações recolhidas através de entrevista aos pais e criança/jovem, para além dos dados obtidos através de instrumentos psicométricos. Através desta avaliação deverá ser possível conhecer a forma como o papel parental é exercido e como poderá evoluir. Permitindo responder aos principais desafios que se colocam aos profissionais de saúde que trabalham a área da parentalidade: identificar as dimensões do comportamento parental que deverão ser focadas numa intervenção e prever a probabilidade do comportamento se vir a alterar (Pereira e Alarcão, 2014).

A existência de um instrumento psicométrico, como um inquérito ou questionário, que esteja validado, também, permite efetuar a avaliação do comportamento parental antes da intervenção e depois da mesma, possibilitando a comparação entre os dois momentos e avaliar a mudança efetiva no comportamento parental e a eficácia da intervenção efetuada.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010) os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento dos pais, sendo da sua competência avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, e acrescenta que “as relações emocionais afetivas constituem a base primária para o desenvolvimento intelectual e social” (OE, 2010:75). A OE (Regulamento n.º 123/2011) define como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem com orientação antecipatória às famílias, com vista à maximização do potencial de desenvolvimento, devendo o EEESIP deter os conhecimentos e habilidades para avaliar a família e prestar os cuidados necessários na adaptação às mudanças da dinâmica familiar.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II decorreu em contexto de cuidados de saúde diferenciados. Este estágio é um processo de continuidade do Estágio Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem I, que decorreu num contexto de cuidados de saúde primários, permitindo continuar a desenvolver as competências de EEESIP e a aquisição de novas competências. Os hospitais onde decorreu o estágio estão classificados como Grupo I pela Portaria n.º 82/2014. Esta portaria classifica as unidades hospitalares em 4 grupos, em que as instituições classificadas no Grupo I prestam cuidados exclusivamente a uma área geográfica de influência direta.

A Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II teve a duração de 18 semanas. A primeira componente foi desenvolvida durante 6 semanas na Unidade de Internamento de Pediatria de 30 de Maio a 8 de Julho de 2016. A segunda foram 5 semanas na Unidade de Neonatologia de 11 de Julho a 7 de Outubro de 2016, com interrupção das férias de Verão de 25 de Julho a 16 de Setembro de 2016. A terceira foram 4 semanas na Unidade de Urgência Pediátrica de 10 de Outubro a 4 de Novembro de 2016. Em todos os estágios a orientação foi de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. As últimas 3 semanas foram para atividades na Escola e conclusão do Relatório.

2.1. PEDIATRIA

O primeiro local de Estágio foi na Unidade de Pediatria de um Hospital do Grupo I. Este Hospital abrange uma população de aproximadamente 192.000 habitantes do seu distrito (INE, 2014), englobando nove conselhos.

A equipa multidisciplinar desta Unidade é constituída por 16 pediatras, mais 5 internos de pediatria, 8 enfermeiros, 4 enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (1 deles é a Enfermeira Chefe), 1 enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 10 assistentes operacionais, 1 educadora infantil e 1 secretária de unidade.

O espaço físico é constituído por 8 quartos com treze camas, com possibilidade para mais oito macas. Um dos quartos é utilizado para situações de isolamento e/ou cuidados diferenciados, dois outros quartos também podem ser utilizados como isolamento, dois dos quartos foram adaptados aos adolescentes, alguns dos quartos têm casa de banho privativa. O espaço possui ainda uma sala de atividades para crianças com brinquedos, livros, jogos e TV, sala lúdica para crianças maiores e adolescentes com livros e computador, casas de banho de utilização comum, sala de trabalho de enfermagem, sala de tratamentos, consultório e sala para consultas de seguimento.

Esta unidade recebe desde recém-nascidos (internamentos após a alta do berçário/neonatologia) até adolescentes, principalmente, com situações clínicas de medicina, cirurgia, ortopedia e otorrinolaringologia pediátrica. Apesar do hospital só ter Pediatria Médica tem o apoio das áreas de Cirurgia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Dermatologia, principalmente a crianças e jovens. Os lactentes, crianças mais pequenas e situações mais complexas, após observação, são geralmente encaminhadas para o Hospital de Dona Estefânia para cuidados pediátricos especializados. Esta organização dos cuidados pediátricos leva a que a Unidade de Internamento de Pediatria tenha uma grande diversidade de situações clínicas.

Assim, durante o estágio nesta Unidade foi possível cuidar desde lactentes, crianças e adolescentes com uma diversidade de situações clínicas de foro médico, como por exemplo: pneumomediastino e pneumotórax; síndrome de dificuldade respiratória; bronquiolite; infeções respiratórias; pneumonia; suspeita de meningite viral; convulsão febril; infeção urinária em lactente; tosse emetizante e regurgitação; traumatismo crânio-encefálico com perda de conhecimento. Também foi possível cuidar de crianças e adolescentes com situações clínicas de outras áreas, como por exemplo: abscesso peri-amigdalino e otomastoidite, com o apoio da otorrinolaringologia; uma apendicectomia, seguida pela cirurgia; um pós-operatório de alinhamento e estabilização de fratura do rádio e cúbito, da ortopedia.

2.2. NEONATOLOGIA

O segundo local de estágio foi a Unidade de Neonatologia de um Hospital do Grupo I. Este Hospital tem como área de influência os cinco conselhos, abrangendo população de 244.000 habitantes (INE, 2014).

A equipa multidisciplinar desta Unidade é constituída por dois pediatras (pertencem também à equipa da Pediatria), enfermeiros de cuidados gerais e EEESIP que têm inter-substituição com o Internamento de Pediatria, Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, funcionando quase como equipa única, assistentes operacionais, que têm inter-substituição semelhante aos enfermeiros e uma secretária de unidade.

O espaço físico é constituído pela sala de internamento que contém a área de trabalho de enfermagem em espaço aberto, uma antecâmara com lavatório das mãos, tem uma lotação habitual de 4 incubadoras e 5 berços, podendo em situações de necessidade ir até às 6 incubadoras e 6 berços e uma sala de medicação/leites/trabalho com acesso direto à sala de internamento. Junto à sala de internamento existe uma sala de espera para os pais, sala de cacifos, copa, sala de trabalho dos médicos, consultório para consultas de seguimento e casas de banho.

Esta Unidade recebe recém-nascidos prematuros com mais de 32 semanas, nascidos no próprio hospital ou transferidos para a área de residência após nascerem noutros locais ou após alta de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Também recebe recém-nascidos de termo com complicações no período perinatal e recém-nascidos doentes internados via Urgência Pediátrica.

Durante o estágio nesta Unidade foi possível cuidar de recém-nascidos prematuros e recém-nascidos de termo com diversas situações clínicas, como por exemplo: recém-nascidos pré-termo; hipoglicémia; hiperbilirrubinemia; síndrome de aspiração de mecónio; síndrome de dificuldade respiratória; risco/sinais de infeção; caso social/ criança para adoção.

2.3. URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O terceiro local de estágio foi na Unidade de Urgência Pediátrica num Hospital do Grupo I. Esse Hospital situa-se na área da Grande Lisboa e tem a sua área de influência em dois concelhos, servindo uma população que ronda os 600.000 habitantes (INE, 2014). A Urgência Pediátrica atende crianças/adolescentes dos 0 dias (nascidos no exterior) até aos 17 anos e 364 dias.

A equipa multidisciplinar é constituída por pediatras do Serviço de Pediatria e médicos externos, enfermeiros de cuidados gerais e EEESIP, assistentes operacionais e secretários de unidade, tendo o apoio da ortopedia, cirurgia pediátrica, neuropediatria, psicologia e assistente social.

Após a inscrição é realizada a triagem inicial de todos os utentes através do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, como estabelecido pelo Ministério da Saúde no Despacho n.º 3762/2015. Este sistema é reconhecido pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Enfermeiros e Ordem dos Médicos. O Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester utiliza um protocolo que permite identificar situações de risco para a saúde e classificar a gravidade da situação de cada utente pediátrico que recorre à Urgência Pediátrica, atribuindo prioridades de acordo com a identificação da gravidade da situação. De modo que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação médica, pelo que quanto mais grave é a situação clínica mais rapidamente a criança será atendida. Existem 5 cores: vermelho (mais grave), laranja, amarelo, verde e azul (menos grave), com tempos médios de espera para atendimento, após triagem, de 0 minutos, 10 minutos, 60 minutos, 120 minutos e 240 minutos, respetivamente (GPT, 2015).

O espaço físico da Urgência Pediátrica é composto por: sala de espera e de admissão de utentes; 2 salas de triagem; 5 gabinetes médicos; sala de tratamentos; sala de inaloterapia; Unidade de internamento de curta duração, com 2 quartos com 3 camas cada, casa de banho e área de trabalho de enfermagem e médica; sala de reanimação; casas de banho. Algumas valências encontram-se localizadas na área da Urgência Geral, nomeadamente oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia e pequena cirurgia.

Na Urgência Pediátrica foi possível cuidar de uma grande diversidade de situações, sendo as mais comuns: gastroenterite aguda; dificuldade respiratória; infeção respiratória; febre e dor abdominal. A situação mais complexa foi uma jovem em coma por cetoacidose diabética.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

A elaboração de objetivos e de um plano de ação é uma atividade importante que permite orientar o aluno durante a realização de um estágio, possibilitando esclarecer o que se quer atingir e como fazê-lo. Assim, no início do estágio, foi elaborado um projeto de estágio tendo em conta as áreas de interesse, necessidades pessoais de formação e as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (Anexo I) com a definição dos objetivos a atingir e com a planificação das atividades a desenvolver para atingir os objetivos. Tendo sido o projeto de estágio validado com os enfermeiros cooperantes e com a professora orientadora.

Na reflexão e avaliação das atividades desenvolvidas durante o estágio a existência de um projeto de estágio ajuda a comparar as atividades realizadas com as programadas e a compreender se os objetivos inicialmente definidos foram atingidos.

De seguida são descritas as atividades desenvolvidas na persecução dos objetivos definidos no projeto de estágio.

Este estágio permitiu o desenvolvimento de diversas competências na área da gestão. No Internamento de Pediatria o enfermeiro cooperante tem funções de apoio à chefia, tendo sido possível acompanhá-lo nas suas funções nas áreas: da gestão do circuito do medicamento, assegurando o nível de stocks e a reposição pelos serviços farmacêuticos, bem como o fornecimento de medicação específica para crianças internadas e com doenças crónicas; da gestão de equipamentos, através da requisição aos Serviços de Instalações e Equipamentos do hospital e verificação que todos os equipamentos têm as vistorias técnicas atualizadas, cumprindo um dos critérios de Acreditação da unidade; acompanhamento da aplicação dos protocolos do serviço e da aplicação da CIPE no sistema informático de registos SClinico.

Na Neonatologia a enfermeira cooperante não tinha funções de gestão específicas atribuídas, mas como estava temporariamente num horário em que só fazia o turno da Manhã (entre as 08:00 e as 16:00 horas), e sendo EEESIP, tinha geralmente a responsabilidade de fazer as verificações diárias protocoladas. Nesta unidade existem registos diários de verificação previstos em protocolos internos, cumprindo critérios da Acreditação. Estas verificações e respetivo registo incluem: os níveis de medicação estupefaciente; verificação do carro de emergência; registo do número de recém-nascidos internados e número e tipo de cateter colocado, para controlo da infeção; informação ao Serviço de Segurança do número de recém-nascidos internados e verificação da colocação das pulseiras identificadoras e de alarme nos recém-nascidos, do protocolo de prevenção de rapto.

Na Urgência Pediátrica a enfermeira cooperante é habitualmente responsável de turno, pelo que tinha a responsabilidade de assegurar a gestão da distribuição e organização da equipa

pelas diversas áreas durante o turno, redistribuindo os enfermeiros sempre que existia uma área mais sobrecarregada em necessidades de cuidados. Nesta unidade a enfermeira responsável de turno, também, realiza a verificação de stocks do circuito do medicamento, para garantir a reposição pelos serviços farmacêuticos, e efetua o registo do material consumível retirado do armazém para ser repostado pelo armazém central. Para o material consumível é utilizado um sistema de reposição por níveis com base numa aplicação informática, o enfermeiro responsável utiliza um terminal próprio para ler o código de barras do material que é retirado e regista o número de unidades retiradas, essa informação fica registada no sistema e no dia seguinte o armazém central repõe o material para os níveis estabelecidos.

Estas diferentes experiências no acompanhamento e colaboração com os enfermeiros cooperantes na área da gestão permitiram adquirir e fortalecer competências na área da gestão, especificamente nas áreas da gestão de equipas, circuito do medicamento e circuito de material consumível e equipamentos.

3.1. INTEGRAR AS EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES DAS EQUIPAS DE PEDIATRIA, DE NEONATOLOGIA E DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA.

O acolhimento e integração numa equipa é um fator importante para que o elemento que está a entrar na equipa possa desenvolver as suas atividades com à vontade e pro-atividade. Com vista a conhecer as equipas multidisciplinares e as estruturas físicas e organizacionais, das unidades onde foi realizado o estágio, o primeiro dia em cada unidade foi dedicado a conhecer as equipas multidisciplinares, as estruturas físicas e a fazer a introdução às metodologias e protocolos de funcionamento das unidades.

A validação do projeto de estágio e da pertinência do tema, da parentalidade na área da disciplina, foi efetuado com cada enfermeiro cooperante na primeira semana de estágio. Seguida da adequação de objetivos e atividades à realidade de cada um dos diferentes contextos de estágio.

No Internamento de Pediatria na primeira semana foi possível conhecer o sistema de suporte informático de registos de enfermagem, o programa SClinico, para os registos clínicos de enfermagem e médicos. A prescrição e registo da administração da medicação são feitos através do programa SGICM da Glintt.

O bom acolhimento por parte da equipa de enfermagem e multidisciplinar do Internamento de Pediatria, o conhecimento da organização da equipa, protocolos e metodologia de funcionamento e sistemas de suporte informático dos registos permitiu integrar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família, desenvolvendo intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem.

Ao longo do estágio foi possível conhecer a articulação do Internamento de Pediatria com outros serviços e unidades do hospital, como a cirurgia, ortopedia, otorrinolaringologia, urgência

pediátrica, laboratório e Assistente Social. Relativamente à articulação com o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco o enfermeiro cooperante explicou como é feita a articulação, não tendo sido detetada nenhuma situação de risco durante o período do estágio.

Na unidade de Neonatologia na fase inicial do estágio foi realizada a integração ao sistema informático de registos de enfermagem, o programa Glintt, para os registos clínicos de enfermagem e médicos, incluindo a prescrição e registo da administração da medicação.

A equipa de enfermagem e multidisciplinar da Neonatologia proporcionou um bom acolhimento, o que adicionado ao conhecimento da organização da equipa, protocolos e metodologia de funcionamento e sistemas de suporte informático dos registos, permitiu integrar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao recém-nascido e família, desenvolvendo intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem.

Ao longo do estágio foi possível conhecer a articulação da Neonatologia com outros serviços e unidades do hospital, como o bloco de partos, berçário/obstetrícia, urgência pediátrica, laboratório e Assistente Social. Relativamente à articulação com a Assistente Social foi possível acompanhar uma situação de um recém-nascido para adoção.

Na Urgência Pediátrica nos primeiros dias foi efetuada a integração ao sistema informático de registos de enfermagem, o programa Soarian da Cerner, para os registos clínicos de enfermagem e médicos, a prescrição e registo da administração da medicação, a requisição e resultados de análises clínicas e exames de imagem, triagem e gestão da localização dos utentes.

A equipa de enfermagem e multidisciplinar da Urgência Pediátrica foi acolhedora, proporcionando um rápido conhecimento da organização da equipa, protocolos e metodologia de funcionamento e sistemas de suporte informático dos registos, o que permitiu integrar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família, desenvolvendo intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem.

Ao longo do estágio foi possível conhecer a articulação da Urgência Pediátrica com outros serviços e unidades do hospital, como a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrico, internamento de pediatria, imagiologia e laboratório. Relativamente à articulação com o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, a enfermeira cooperante explicou como é feita a articulação e quais são as situações mais habituais, tendo sido detetada uma situação de risco durante o período do estágio.

3.2. ASSISTIR A CRIANÇA/JOVEM COM A FAMÍLIA, NA MAXIMIZAÇÃO DA SUA SAÚDE, E PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM COMPLEXOS E ESPECIALIZADOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM

Na prestação de cuidados de enfermagem, apesar de ser habitual seguir uma teoria ou modelo como orientador, é necessário o enfermeiro recorrer a outras teorias e modelos que complementem os cuidados prestados, permitindo uma maior qualidade nos mesmos. Assim, ao longo deste mestrado e na prestação de cuidados de enfermagem durante os estágios foi utilizado como referencial a Teoria das Transições de Meleis, para compreender melhor os processos de transição nos pais ao exercerem o seu papel parental. No entanto, ao longo do estágio foram também utilizados o Modelo de Parceria de Cuidados de Casey e a Teoria do Cuidado Cultural, e respetivo Modelo, de Leininger, por os considerar relevantes para a minha prestação de cuidados de enfermagem na área da pediatria.

Anne Casey elaborou o seu Modelo de Parceria de Cuidados direcionado para a prestação de cuidados de enfermagem no meio pediátrico, em que identificou o papel das crianças/jovens e dos pais no processo de cuidados.

O Modelo de Parceria de Cuidados estabelece que os pais das crianças/jovens devem ser envolvidos em todas as fases do processo de prestação de cuidados, desde o início até aos cuidados no domicílio, sendo um elemento fundamental deste modelo a negociação dos cuidados a prestar à criança/jovem com a família. Este processo de negociação de cuidados, entre o enfermeiro e a criança/jovem e família, deve basear-se na flexibilidade do plano de cuidados, através da avaliação das suas necessidades, reconhecendo as perícias da família, respeitando os seus desejos e características, fornecendo apoio contínuo, ensino e supervisão à família, permitindo a renegociação dos cuidados e não esquecendo a reflexão e a comunicação (Casey, 1998, citada por OE, 2011).

Neste modelo, Casey mostra a centralidade da criança e da família no processo de cuidados, pela sua integração plena na tomada de decisão. O processo de parceria entre o enfermeiro e a criança/jovem e família significa uma mudança e negociação da responsabilidade pelos cuidados à criança/jovem partilhada com a família, com o apoio e ensino do enfermeiro. O envolvimento da família nos cuidados surge como resultado de uma negociação entre esta e o enfermeiro (Alves, Charepe e Amendoeira, 2014).

Para atingir os objetivos acima mencionados foi necessário estabelecer uma relação empática e de confiança com as crianças/jovens e as suas famílias durante a prestação de cuidados, de forma a conseguir estabelecer uma relação de parceria promotora da saúde.

O estabelecimento desta relação também exige a prestação de cuidados de enfermagem que respeitem a identidade cultural, valores, crenças espirituais e práticas específicas das crianças/jovens e famílias e que sejam sensíveis a essas características, para isso foi enquadrada a Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger na prestação dos cuidados à criança/família e sua família.

Atendendo à diversidade cultural dos utentes Madeleine Leininger desenvolveu a Teoria do Cuidado Cultural. Os enfermeiros para cuidar da saúde dos utentes não devem utilizar apenas o modelo biomédico, baseado em conceitos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, é importante conhecerem o contexto cultural, os valores e crenças dos utentes, de forma a adequar os cuidados prestados e obter uma maior adesão aos cuidados (Leininger 2006, citada por Silva, Silva e Santos, 2009). A mesma autora definiu como principal objetivo do cuidado culturalmente congruente “identificar os meios para proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente aos fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte das pessoas de culturas diversas e semelhantes” (Leininger, 2006, citada por Silva *et al.*, 2009:773-774).

No modelo proposto por Leininger o enfermeiro na sua interação com a criança/adolescente e família deve prestar cuidados de enfermagem de modo a preservar, negociar ou repadronizar os cuidados, procurando a congruência cultural (Leininger, 1991, citada por Silva *et al.*, 2009). O enfermeiro deve utilizar a criatividade para executar este método e exercitar o olhar destituído de preconceitos profissionais (Leininger, 2006, citada por Monticelli *et al.*, 2010).

No estabelecimento da relação empática é, também, necessário adequar a comunicação com a criança/jovem e sua família ao estadió de desenvolvimento da criança, utilizando técnicas adequadas a cada idade, tendo em atenção as características de cada elemento da família para adequar a comunicação.

Através da relação empática, com atenção à comunicação e ao contexto cultural da família, foram desenvolvidas diversas atividades para a promoção de um plano de saúde em parceria com a criança/adolescente e sua família. O início do estabelecimento de uma relação empática começou com o acolhimento do recém-nascido/criança/jovem e sua família na admissão em cada uma das unidades em que foi realizado o estágio.

Ao longo do estágio foi estabelecida uma relação com o recém-nascido/criança/adolescente e sua família que proporcionasse uma oportunidade de expressarem as suas dúvidas, incertezas e emoções, relativamente à situação de doença aguda e cuidados pós-alta. Durante este processo foi possível realizar uma avaliação dos conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e da sua família relativamente à situação de doença e saúde, identificar possíveis situações de risco e ainda conhecer melhor a estrutura e contexto familiar. Esta avaliação foi facilitadora na elaboração de um plano de saúde a acordar com a criança/jovem e família, com vista à recuperação da situação de doença aguda, promoção da saúde e de um desenvolvimento saudável, bem como a promoção da capacitação parental ao longo do desenvolvimento da criança/jovem.

Na Neonatologia foi avaliada e estimulada a vinculação parental com o recém-nascido de forma sistemática, promovendo o contacto entre os pais e o recém-nascido, envolvendo-os nos cuidados e utilizando o Método mãe-canguru. Como afirma Bowlby (1982), citado por Veríssimo *et al.* (2011), na sua teoria da vinculação a interação mãe-criança é central na vida das crianças. Veríssimo *et al.* (2011) acrescenta que a segurança da vinculação mãe-criança surge associada a

um funcionamento social das crianças mais adaptado. O Comité do UNCRC (United Nations Convention on the Rights of the Child) (2013) citado por Herczog (2013) afirma que uma vinculação segura, a nível físico e emocional, é uma das bases mais essenciais para o bom relacionamento entre os pais e filhos. Em que deve ser providenciado suporte aos pais e recém-nascidos num ambiente amigável desde os primeiros dias de vida.

No Internamento de Pediatria e na Urgência Pediátrica foi dada atenção ao processo de desenvolvimento em que se encontra o adolescente e família, tendo sido promovido uma participação mais ativa nos cuidados e no plano de saúde, garantindo abertura ao adolescente para poder abordar as temáticas que se deseja sem a presença dos pais, garantido a confidencialidade do que fora abordado.

3.3. CUIDAR DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA EM SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE.

Na persecução destes objetivos foi fundamental a relação empática e de confiança com as crianças/jovens e suas famílias iniciada no processo de admissão e continuada durante a prestação de cuidados, de forma a conseguir estabelecer uma relação de parceria promotora da saúde.

Durante a prestação dos cuidados de enfermagem foi sempre dada atenção ao respeito pela privacidade e intimidade da criança/jovem e sua família, assegurando a confidencialidade das informações obtidas durante a prestação de cuidados. No caso dos adolescentes foi assegurado a confidencialidade dos assuntos abordados sem a presença dos pais.

A DGS (2013a) refere que as infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado dos utentes e são uma causa de morbilidade e de mortalidade significativa, originando um aumento do dispêndio de recursos hospitalares e comunitários, acrescentando que cerca de um terço serão, seguramente, evitáveis.

Atendendo à importância do tema e ao papel do enfermeiro na prevenção da contaminação e transmissão cruzada de doenças durante a prestação de cuidados de enfermagem, foram cumpridas as medidas de prevenção e controlo da infeção, previstas nas orientações da DGS e das unidades, nos cuidados ao recém-nascido/criança/jovem e família.

Tendo por base o Modelo de Parceria de Cuidados, ao longo do estágio, foi promovida a participação da criança/jovem e da sua família em todo o processo de cuidar, rumo ao restabelecimento da saúde, da independência e do bem-estar.

No processo de avaliação do recém-nascido/criança/jovem e família, com a finalidade de definir os diagnósticos de enfermagem, foram colhidos os dados recorrendo a diferentes fontes de informação, como a observação do recém-nascido/criança/jovem e da sua família e entrevista ou observação da relação do recém-nascido/criança/jovem com a família. Esta avaliação é um passo fundamental para planear as intervenções e executar os cuidados de enfermagem ao recém-nascido/criança/jovem e família atendendo às prioridades identificadas.

Na prestação dos cuidados de enfermagem foi envolvida a criança/jovem e a sua família no planeamento e nos cuidados de enfermagem realizados, com o objetivo de melhorar a adesão terapêutica, maximizar o processo de recuperação e manutenção da saúde e aumentar a satisfação com os cuidados prestados. A prestação de cuidados de enfermagem é um processo contínuo que não termina com a implementação do plano de cuidados delineado com a criança/jovem e família, é necessário avaliar as respostas da criança/jovem e família às intervenções e implementar medidas corretivas adequadas, quando necessário, tendo sido feita a reavaliação sistemática das situações e procedido às adequações do plano de cuidados.

Durante o estágio, nas três unidades diferentes, foram fornecidas orientações antecipatórias à família sobre a etapa de desenvolvimento que se iria seguir, adequando as informações fornecidas às necessidades específicas de cada recém-nascido/criança/jovem e sua família, com vista à maximização do potencial de desenvolvimento do recém-nascido/criança/jovem.

Foram efetuados os registos relativos ao processo de diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados, intervenções de enfermagem, avaliação dos resultados das intervenções realizadas e posteriores adequações do plano de cuidados quando necessárias. Os registos foram efetuados em linguagem CIPE, nos sistemas informáticos utilizados em cada unidade, de forma a permitir a transmissão da informação à equipa multidisciplinar e a continuidade de cuidados. Apenas na Urgência Pediátrica não foi utilizada sempre a linguagem CIPE, pois o sistema de informação desta unidade só utiliza a linguagem CIPE na área da Unidade de Internamento de Curta Duração.

A DGS, na Norma da Dor como 5º sinal vital (Circular Normativa N.º 9/DGCG de 14/06/2003), considerou a dor como 5º sinal vital e desde então a atenção à avaliação e controlo da dor tem evoluído positivamente. Tendo a OE publicado em 2013 o Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança, para apoio aos enfermeiros nos seus cuidados às crianças e jovens.

Esta é uma área importante na prestação de cuidados a que o EEESIP deve prestar especial atenção, porque a dor é um sintoma que acompanha uma grande diversidade de situações patológicas que requerem cuidados de saúde, para além de que para a criança/jovem a situação de doença e hospitalização representam dor e sofrimento por ainda não possuírem os mecanismos para enfrentar esta situação de crise (OE, 2013). O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes.

Atualmente existem diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor (DGS, 2003). A OE (2013) acrescenta que compete aos EEESIP a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, através da gestão de medida farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor.

A dor é uma experiência subjetiva, em que cada pessoa a vive e classifica de forma única, sendo necessária uma intervenção individualizada que vai para além da administração de analgésicos, em que na idade pediátrica apresenta uma variabilidade enorme na forma como é expressa devido às características de cada grupo etário (OE, 2013), pelo que a forma como o

EEESIP gere a dor do recém-nascido/criança/jovem em cada situação terá influência em situações futuras e na forma como o recém-nascido/criança/jovem irá reagir numa situação futura.

Assim, ao longo do estágio foram desenvolvidas competências na área do controlo da dor, através da avaliação sistemática da dor, administração de terapêutica analgésica prescrita quando necessário, mas essencialmente através de técnicas não farmacológicas de controlo da dor. Na Neonatologia através de conforto e carinho prestado ao recém-nascido e, sempre que possível, prestado pelos pais, durante os procedimentos dolorosos. No Internamento de Pediatria e na Urgência Pediátrica, para a realização de procedimentos dolorosos ou em momentos de stress associado à prestação de cuidados, foram utilizadas principalmente as técnicas: técnica de distração; relaxamento; exercício de respiração diafragmática; autocontrolo da dor e do medo.

As situações de instabilidade das funções vitais e, possível, risco de morte não são menos frequentes na idade pediátrica do que na idade adulta, principalmente em comparação com os idosos. É importante o EEESIP estar desperto para os sinais e sintomas associados a estas situações e saber atuar em conformidade. Durante o período de estágio na Urgência Pediátrica foi possível desenvolver competências nesta área, através da integração na equipa multidisciplinar e da prestação de cuidados na Sala de Reanimação. A situação mais grave acompanhada foi a de uma jovem que entrou em situação de coma por cetoacidose diabética, tendo sido prestados os cuidados necessários à estabilização da situação e feito o acompanhamento na transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.

A Urgência Pediátrica, enquanto uma das portas de entrada nos cuidados de saúde, é um local de excelência para a deteção de sinais de maus-tratos e sua notificação. Nos hospitais existe um Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco a quem é feita a notificação das situações, sendo o Núcleo um elemento de articulação entre o hospital e a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. Neste hospital o enfermeiro que pertence ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco é da equipa da Urgência Pediátrica, promovendo uma articulação direta entre a Urgência Pediátrica e o Núcleo. Durante o estágio foi acompanhado o processo de um jovem que recorreu à Urgência Pediátrica, trazido pelos bombeiros e acompanhado pela Polícia, por ter sido esfaqueado pelo pai no membro inferior. Na primeira abordagem foi feita a triagem da situação clínica e respetivo encaminhamento para tratamento e notificação da situação. Posteriormente foi possível acompanhar a situação e conhecer melhor o processo de notificação de maus-tratos ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco.

O Enfermeiro Especialista deve basear “a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Regulamento N.º 122/2011:8653), ser um elemento dinamizador de incorporação de novos conhecimentos nas equipas, promovendo a formação em serviço, e ser um elemento de referência que disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa na área da sua especialidade (Regulamento N.º 122/2011). Esta competência tem uma forte ligação com o domínio de competências da melhoria da qualidade de cuidados, porque a formação contínua, a investigação e a assessoria são ações que contribuem para o desenvolvimento de competências e consequentemente para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

Com o vista à persecução das atividades programadas nesta área foi desenvolvido um trabalho contínuo de sensibilização e informação das equipas para a temática da parentalidade, na área da disciplina, tendo disponibilizado informação, esclarecimentos e assessoria sobre a temática no geral e sobre técnicas e abordagens específicas na área da disciplina. Esta tarefa foi grandemente facilitada pelo facto das equipas dos locais onde foi realizado o estágio reconhecerem esta temática como importante e que necessita de uma maior atenção, estando muito recetivos ao desenvolvimento de conhecimentos e competências nesta área.

Na unidade de Internamento de Pediatria foi possível participar no projeto de Acreditação do Serviço de Pediatria, através da atualização de conhecimentos da equipa de enfermagem nas novas orientações de 2015 do European Resuscitation Council em Suporte de Vida Pediátrico. Com esse objetivo foi elaborada uma formação à equipa de enfermagem do Internamento de Pediatria. A formação foi reconhecida pela Enfermeira Chefe da unidade como muito importante para todo o Serviço de Pediatria, pelo seu contributo para uma melhoria da qualidade dos cuidados em situações de urgência, pelo que foi pedido que fosse alargada às restantes unidades do Serviço de Pediatria. Assim, para a formação “Suporte de Vida Pediátrico – Avaliação inicial e Protocolos de avaliação” (Anexo II) foi aberta a participação a todos os enfermeiros do Internamento de Pediatria, Neonatologia/Berçário e Urgência Pediátrica, em 3 datas diferentes, 21 e 28 de Junho e 8 de Julho de 2016, de forma a abranger o maior número possível de enfermeiros. No final de cada formação foi pedido para os formandos preencherem uma Ficha de Avaliação da Ação de Formação (elaborada pelo preletor). Pela importância da formação as enfermeiras chefes das unidades consideraram a formação como Formação em Serviço e foi preenchido o Sumário e Registo de Presenças da Formação em Serviço de Enfermagem, do Departamento de Desenvolvimento Profissional, pelos enfermeiros que participaram nas ações. O plano de sessão da formação, folhas de inscrição e as avaliações da mesma encontram-se no Anexo III.

Na unidade de Neonatologia foi efetuada uma formação à equipa de enfermagem sobre o “Método Mãe-Canguru” (Anexo IV). Apesar da equipa de enfermagem já efetuar com alguma regularidade o Método mãe-canguru a enfermeira cooperante considerou que seria importante fazer uma atualização sobre a temática, evidenciando a sua segurança em recém-nascidos com situações mais complexas (como por exemplo ventilação não invasiva), como forma de promover a realização mais abrangente e sistemática do Método.

Esta formação foi reconhecida pela chefia da unidade como muito importante para os enfermeiros, pelo seu contributo para uma melhoria da qualidade dos cuidados ao recém-nascido e família, pelo que foi pedido que fosse alargada a todos os enfermeiros do Serviço de Pediatria, visto existir inter-substituição entre as várias unidades. Assim, a formação “Método Mãe-Canguru” foi marcada para uma data que permitisse abranger o maior número possível de enfermeiros, apesar de já ter terminado o período de estágio na Neonatologia, tendo sido realizada a 19 de Outubro de 2016. No final da formação foi pedido para os formandos preencherem uma Ficha de

Avaliação da Ação de Formação (elaborada pelo preletor). A Enfermeira Chefe considerou a formação como Formação em Serviço e foi preenchido o Sumário e Registo de Presenças da Formação em Serviço de Enfermagem, do Departamento de Desenvolvimento Profissional, pelos enfermeiros que participaram. O plano de sessão da formação e a avaliação da mesma encontram-se no Anexo V.

3.4. PROMOVER UM PLANO DE SAÚDE PROMOTOR DA PARENTALIDADE, NA ÁREA DA DISCIPLINA.

Como área específica de desenvolvimento ao longo do mestrado escolhi a parentalidade. Como o tema da parentalidade pode ter uma grande abrangência elegi o desenvolvimento da área da disciplina, em crianças até aos 6 anos, dentro do tema da parentalidade. Este tema foi escolhido por observar, no meu local de trabalho, o impacto da carência do exercício da disciplina pelos pais nas relações familiares. Como explanado na fundamentação deste relatório o exercício da parentalidade, pelos pais das crianças/jovens, também inclui a disciplina, num sentido positivo e associada ao afeto dos pais pelos seus filhos. Em que o exercício da disciplina irá ter um impacto positivo no desenvolvimento psico-emocional e social da criança, com conseqüente impacto no seu desenvolvimento na adolescência e na vida adulta.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013b), no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, refere que devido às características específicas da sociedade atual, a prevalência das perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência tem vindo a adquirir uma dimensão importante. Estima-se que, atualmente, 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental, sendo as perturbações do comportamento as mais frequentes (Ministério da Saúde, citado por DGS, 2013b)

A DGS defende como linha de atuação a valorização de cuidados antecipatórios como um fator de promoção da saúde, através da transmissão aos pais, e outros cuidadores, dos conhecimentos necessários ao melhor desempenho do exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde (DGS, 2013b). Com o objetivo de apoiar e estimular a prática adequada da responsabilidade parental, com vista a promover o bem-estar familiar e em outros ambientes (DGS, 2013b). Porque um aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento do exercício da parentalidade, tornando possível às famílias assumirem-no como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-lo e promovê-lo (DGS, 2013b).

Assim o papel do EEESIP na promoção de uma boa transição na parentalidade dos pais é fundamental para a promoção de um bom desenvolvimento psico-emocional e social da criança/jovem, criando as condições para poder atingir o máximo das suas potencialidades.

Em pediatria, o enfermeiro deve trabalhar em interdependência com a criança/jovem e família, identificando os seus objetivos e necessidades, para planear as intervenções que melhor respondem aos problemas identificados. O enfermeiro deve fazer uma avaliação dos riscos e

conflitos de cada período de desenvolvimento da criança/jovem, de forma a orientar os pais sobre as práticas educativas mais adequadas à situação. O plano de cuidados deve incluir uma avaliação rigorosa de todos os aspetos do crescimento e desenvolvimento da criança, incluindo a socialização, a disciplina e a educação, mas também uma avaliação da família, da sua dinâmica, das suas forças e fragilidades. Com a metodologia acima descrita o enfermeiro consegue obter um plano de cuidados que realmente atende as necessidades da criança/jovem (Hockenberry e Wilson, 2014).

A pertinência deste tema foi validada com os enfermeiros cooperantes que o consideram muito importante e atual.

Com vista à persecução deste objetivo foram realizadas diversas atividades ao longo do Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II, em continuação das atividades desenvolvidas durante o Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem I.

Uma das atividades foi o trabalho contínuo de sensibilização e informação das equipas para a temática da parentalidade, na área da disciplina, como referido anteriormente. Sensibilizando as equipas para a relação pais-filhos e para a deteção precoce de perturbações emocionais e do comportamento.

A longo do estágio foi efetuada uma observação atenta do comportamento e relacionamento do recém-nascido/criança/jovem e da sua família, com o objetivo de efetuar uma apreciação dos conhecimentos e comportamentos relativamente ao exercício da parentalidade, incluindo a disciplina. Este processo de avaliação do relacionamento entre os pais e os filhos passou pela observação, por exemplo, dos momentos em que os pais tentavam impor limites ou obter o cumprimento de regras e a reação dos filhos, ou da forma como os pais comunicavam com os filhos, aproveitado para intervir, com esclarecimentos e exemplos, nos momentos em que observava dificuldades ou desacertos por parte dos pais.

Durante esta avaliação foi dada atenção à deteção precoce de sinais de alerta de possíveis perturbações emocionais e do comportamento na criança/jovem, não tendo sido detetadas situações que necessitassem de encaminhamento. Após a avaliação foi abordada a temática da disciplina com a criança/jovem e família, de forma a estabelecer um plano de saúde promotor da parentalidade. A implementação do plano incluiu informação e ensino à família sobre a temática da parentalidade, desenvolvimento psico-emocional esperado para a idade da criança e técnicas de disciplina que poderiam utilizar.

No Internamento de Pediatria foram realizadas sessões de educação para a saúde, dirigidas aos pais de crianças até aos 6 anos de idade, com o tema “Comportamento da criança na 1ª infância” (Anexo VI). Foram organizadas 3 sessões, nos dias 21 e 28 de Junho e 8 de Julho de 2016, para os pais de crianças até aos 6 anos internadas na Pediatria, com o objetivo de promover a capacitação parental. Com o objetivo de promover a adesão às sessões de educação para a saúde foi feito o convite pessoalmente às mães e pais das crianças e a sessão decorreu na Sala de Adolescentes do Internamento de Pediatria, tendo obtido a participação total de 9 mães e pais, correspondendo a cerca de 70% dos pais com crianças até aos 6 anos internadas nestas datas.

Os enfermeiros da equipa também demonstraram bastante interesse no tema, tendo assistido às sessões de educação para a saúde como forma de atualizarem e desenvolverem os seus conhecimentos sobre o tema, tendo tido a participação de 4 enfermeiros e, inclusive, da Educadora de infância do Serviço de Pediatria que se mostrou muito interessada no tema. A sessão começou com a apresentação que se encontra em em anexo e depois foi dado espaço aos pais para colocarem questões, em que estes participaram com algumas dúvidas em que utilizaram a sua experiência pessoal. No final os pais foram questionados sobre a adequação do tema e da sessão, tendo preenchido a Ficha de Avaliação, do Internamento de Pediatria, das sessões de educação para a saúde. O plano da sessão de educação para a saúde e as avaliações da mesma encontram-se no Anexo VII.

Foi, também, elaborado um folheto com informação sobre desenvolvimento psicológico e emocional na infância, até aos 6 anos, e a importância da disciplina no desempenho do papel parental e no desenvolvimento psico-emocional da criança/jovem (Anexo VIII). O folheto foi entregue como complemento da sessão e teve uma boa receptividade pelos pais e enfermeiros da equipa, tendo ficado um exemplar em suporte informático para a equipa de enfermagem poder reproduzir.

O EEESIP deve suportar a sua prática de cuidados no conhecimento e investigação, especialmente na sua área de cuidados. A formação contínua e o desenvolvimento de novas aprendizagens também implicam a pesquisa bibliográfica sobre o “estado da arte”, com vista a possuir os conhecimentos mais avançados. Esta pesquisa bibliográfica pode constituir-se de diversas formas, desde a pesquisa simples numa obra de referência até uma Revisão Sistemática de Literatura, tendo todas elas importância para a aquisição de novos conhecimentos.

O tema central em que foi desenvolvido este mestrado é o da parentalidade, tendo sido definido as áreas específicas da disciplina. Apesar de ser exequível a abordagem do tema da disciplina com os pais dos recém-nascidos internados na Neonatologia, após reflexão com a enfermeira orientadora foi delineado como tema, para desenvolver com o binómio pais/recém-nascidos e com os enfermeiros, o Método Mãe-Canguru. O Método Mãe-Canguru consiste na colocação do bebé prematuro pele-com-pele no peito da mãe, virado peito com peito, de cabeça para cima, pelo maior período de tempo possível, como forma de promover maior estabilidade térmica e dos parâmetro vitais do recém-nascido, substituindo a incubadora (OMS, 2003).

Com o objetivo de conhecer a evidência científica sobre possíveis benefícios na interação pais/recém-nascido prematuro que realizaram o Método mãe-canguru, foi efetuada uma Revisão Integrativa de Literatura, o protocolo completo da Revisão encontra-se no Anexo IX.

Com esta Revisão Integrativa de Literatura pretendia-se dar resposta à questão PICo “Quais os benefícios do Método Mãe-Canguru para a interação pais/recém-nascido prematuro?”. Foi realizada a pesquisa em bases de dados científicas utilizando os descritores, validados na plataforma MeSH Browser 2016, Nursing (nurs*), Parenting e Kangaroo-Mother Care, tendo sido

encontrados 5 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram 2 artigos que foram analisados.

Uma das conclusões dos artigos encontrados foi que as díades mãe-bebé prematuro que vivenciam o Método Mãe-canguru, nos primeiros dias ou semanas de vida, exibem uma interação melhor da díade do que as díades que não receberam o Método Mãe-canguru (Neu e Robinson, 2010). No outro artigo a principal conclusão a que os autores Reynolds *et al.* (2013) chegaram foi que a oportunidade dos pais estarem com os seus filhos, através do Método Mãe-canguru, foi fundamental na facilitação da realização do seu papel parental na UCIN e que os ajudou a lidar com esta situação inesperada.

Estas conclusões estão de acordo com a OMS (2003) e Boundy *et al.* (2015) que referem que o Método Mãe-Canguru promove e reforça a vinculação parental e aumenta o sentimento de confiança dos pais nos cuidados que prestam. Verissimo *et al.* (2011) acrescenta que as relações de vinculação mãe-criança são facilitadoras da adaptação social da criança ao grupo pré-escolar, pela promoção do envolvimento positivo com os pares, potenciando uma variedade de competências sociais.

Bost *et al.* (1998), citado por Verissimo *et al.* (2011), refere que, com base na Teoria da Vinculação de Bowlby, quando o recém-nascido estabelece uma relação de vinculação com as figuras parentais constrói uma estrutura afetiva geradora de perceções, expectativas e comportamentos relevantes para a sua própria compreensão, dos outros e das relações em geral. Em que esta estrutura deverá influenciar aspetos relevantes das interações no contexto da família e nas relações que estabelece noutros contextos.

Assim, numa reflexão sobre as diferentes conclusões destes autores e a Teoria da Vinculação de Bowlby pode-se afirmar que existem benefícios na utilização do Método Mãe-Canguru na interação pais/recém-nascido prematuro, e que este Método pode ter uma repercussão positiva para o desempenho da parentalidade, por parte dos pais.

Na unidade de Neonatologia foi promovida a vinculação pais/recém-nascido de uma forma sistemática, com o objetivo de promover a parentalidade. Associado à promoção da vinculação foi avaliada a relação entre os pais e o recém-nascido com o objetivo de detetar sinais de dificuldades no estabelecimento da relação de vinculação. A promoção da vinculação foi feita ao longo do estágio na Neonatologia através da promoção da participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido, apoiando-os sempre que sentiam dificuldades ou tinham dúvidas, como forma de reforçar os laços entre os pais/recém-nascido e conseqüentemente a relação de vinculação. Também foi promovida a vinculação através da realização do Método Mãe-canguru entre a mãe e bebé e entre o pai e bebé, e do esclarecimento de dúvidas dos pais relativas ao método, benefício e forma de realização.

Como complemento foi realizada uma formação aos enfermeiros da unidade de Neonatologia e enfermeiros do serviço de Pediatria sobre o Método Mãe-Canguru, como referido no ponto anterior. Foi, também, elaborado um folheto sobre o Método Mãe-Canguru para distribuir aos pais como complemento da informação prestada aquando da realização do mesmo (Anexo X).

A disciplina no exercício da parentalidade

O folheto foi elaborado de acordo com as normas do HOSPITAL e ficou em processo de aprovação para a sua utilização na Neonatologia.

Na Urgência Pediátrica, com o objetivo de divulgar a temática da disciplina no desempenho da parentalidade a um maior número de pais, foi elaborado um cartaz sobre o tema para colocar na Sala de Espera (Anexo XI). O cartaz ficou em análise para a decisão da sua utilização no hospital.

4. REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

A OE (2006) na sua Tomada de Posição sobre a Investigação em Enfermagem afirma que

Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspectos da saúde que são de interesse para a Enfermagem. Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida (...) O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006:1).

Ao longo dos anos, a OE tem promovido o exercício da prática baseada na evidência, que define como “a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis” (OE, 2006:1). Isto está refletido no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem que afirma no seu ponto “E2.4 – Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.” e especifica que o EEESIP “E2.4.3 - Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.” (Regulamento n.º 123/2011:8655).

Sendo a realização de investigação pelos enfermeiros importante para o desenvolvimento de conhecimentos que possam ser utilizados na melhoria dos cuidados de enfermagem e da satisfação dos utentes foram desenvolvidas, durante este mestrado, as competências na realização de revisões sistemáticas de literatura, utilizando uma metodologia científica.

Como base para a realização da revisão sistemática de literatura (RSL), prevista nesta unidade curricular, foi utilizada a metodologia do Joanna Briggs Institute's (JBI) (JBI, 2015). Esta instituição considera os cuidados de saúde baseados em evidências como um processo cíclico, em que as necessidades de cuidados de saúde são abordadas através da geração de evidências de pesquisa que sejam eficazes, mas também viáveis, adequadas e significativas para os recetores dos cuidados. Esta evidência é pesquisada e os resultados são avaliados, sintetizados e transferidos para os profissionais de saúde que a utilizam e avaliam seu impacto nos resultados de saúde, sistemas de saúde e prática profissional (JBI, 2017). O protocolo completo da revisão sistemática de literatura encontra-se no Anexo XII.

Para a RSL efetuada foi definida a questão “Quais as competências parentais na área da disciplina, nos pais de crianças em idade pré-escolar?” utilizando a metodologia PICo. Esta metodologia utiliza a definição de uma População de Interesse (P), que identifica a população por idade, género, etnia, doença ou tipo de problema de saúde, de uma Intervenção ou Área de

Interesse (I), que inclui a intervenção utilizada ou a que se julga ser mais útil (por ex. uma abordagem educacional), e de um Contexto da área de interesse ou intervenção (Co), onde se podem avaliar os resultados obtidos, a partir da intervenção.

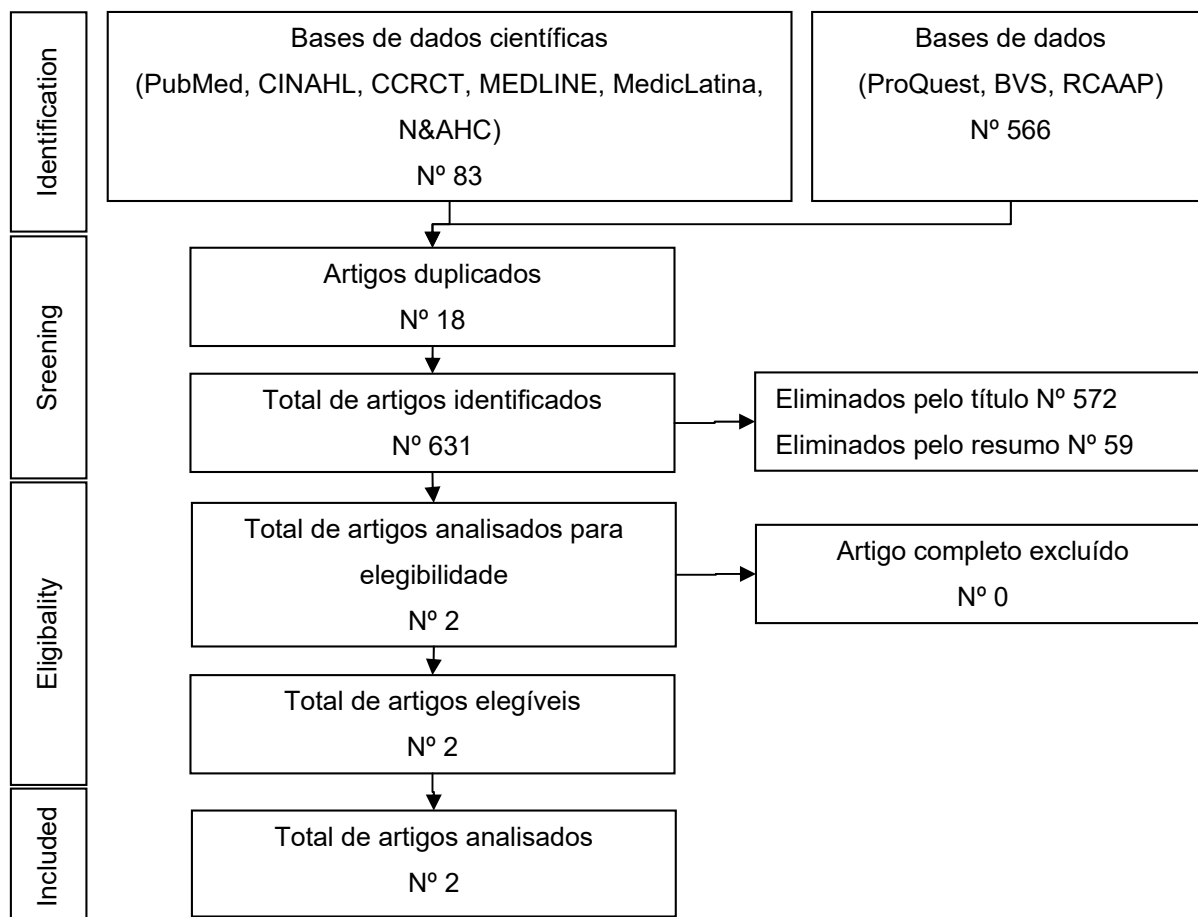
O objetivo definido nesta RSL foi “Conhecer a evidência científica sobre a avaliação das competências parentais na área da disciplina, nos pais de crianças em idade pré-escolar.”

Na realização das pesquisas nas bases de dados foram utilizados 4 descritores: Nursing (Nurs*); Parenting; Surveys e Child, Preschool. Estes descritores foram considerados relevantes para atingir o objetivo definido e responder à questão formulada. Todos os descritores foram validados na plataforma MeSH Browser 2017, que os define como:

- Nursing – “O campo de cuidados de enfermagem preocupado com a promoção, manutenção e restabelecimento da saúde” (National Library of Medicine, 2017);
- Parenting – “Desempenho do papel de pai ou mãe ao prestar cuidados, alimento e proteção ao filho, pelos pais biológicos ou substitutos. Os pais apoiam as crianças exercendo autoridade e através de um comportamento consistente, empático e apropriado em resposta às necessidades da criança. A parentalidade difere da educação infantil na medida em que, na educação infantil, a ênfase é no acto de treinar ou educar as crianças e na interação entre os pais e as crianças, enquanto a parentalidade enfatiza a responsabilidade e as qualidades do comportamento exemplar dos pais” (National Library of Medicine, 2017);
- Surveys – “Coleções de dados obtidos de voluntários. As informações geralmente tomam a forma de respostas a perguntas ou sugestões” (National Library of Medicine, 2017);
- Child, Preschool – “Criança entre as idades de 2 e 5 anos” (National Library of Medicine, 2017).

No mês de Maio de 2017 foram efetuadas as pesquisas em 6 bases de dados científicas e em 3 bases de dados. Foram utilizados como critérios de inclusão artigos publicados nos últimos 10 anos (2007-2017), nas bases de dados ProQuest e BVS artigos publicados nos últimos 5 anos (2012-2017) devido ao número elevado de resultados quando usado os 10 anos, com texto completo livre, em português, inglês e espanhol.

O resumo do processo de pesquisa é apresentado através do esquema Prisma, que se segue:



Com a estratégia de pesquisa foram encontrados dois artigos que cumpriam os critérios de pesquisa estabelecidos. Correspondendo a dois artigos quantitativos:

- Artigo 1 – Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales (Lopes e Dixe, 2012);
- Artigo 2 – UpStart Parent Survey: A New Psychometrically Valid Tool for the Evaluation of Prevention-focused Parenting Programs (Benzies et al., 2013).

Os dois artigos considerados elegíveis foram encontrados em simultâneo nas bases de dados científicas PubMed e MEDLINE, e nas bases de dados ProQuest e Biblioteca Virtual da Saúde foi encontrado cada um de forma isolada.

A avaliação metodológica dos 2 artigos de estudos quantitativos foi feita através do instrumento JBI-MASARI (Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument), que se encontram no Anexo XII. Este instrumento foi desenvolvido para permitir aos revisores analisar e combinar sistematicamente os resultados da pesquisa quantitativa em saúde (JBI, 2016). A utilização deste instrumento facilita a gestão, avaliação, extração e análise dos resultados de estudos que utilizam uma abordagem quantitativa, ao auxiliar nas etapas de avaliação crítica, extração de dados e síntese de dados, como parte do processo da RSL (JBI, 2016).

5. REFLEXÃO SOBRE AS EVIDÊNCIAS E A PRÁTICA

Exerço a minha atividade profissional numa Urgência Pediátrica há 8 anos, na prática diária observo, no relacionamento pais-filhos, algumas dificuldades no exercício da parentalidade na área da disciplina. Esta observação da prática diária levou a alguma inquietação e ao surgimento de questões sobre o tema. Por isso, esta foi a temática escolhida quando foi pedida uma reflexão elaborada com base numa situação ocorrida na prática diária.

A reflexão, sobre um episódio da prática diária, serviu de base para uma primeira RSL em que foi colocada a questão “Quais as intervenções do enfermeiro na capacitação parental nas relações dos pais com crianças pré-escolares?”. Tendo-se concluído existirem benefícios nas intervenções de enfermagem na capacitação parental, com melhoria no comportamento e nas relações pais-filhos após a intervenção (Lopes e Ferreira, 2015).

Após a obtenção destes resultados confirmei a disciplina como tema a desenvolver durante o mestrado. Na prática diária, comecei a dedicar mais atenção às relações pais-filhos, com especial atenção na área da aplicação da disciplina, passando a realizar intervenções com os pais e as crianças durante a permanência no serviço.

Com a experiência da prática profissional e ao longo do mestrado foi-se desenvolvendo a necessidade de melhor avaliar as competências parentais e de melhor avaliar o impacto das intervenções efetuadas. O que levou à questão “Quais as competências parentais na área da disciplina, nos pais de crianças em idade pré-escolar?”, elaborada nesta segunda RSL (Anexo XII).

De seguida são analisados os dois artigos encontrados com esta RSL e é feita a reflexão sobre a sua implicação na prática.

O artigo “Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales” de Lopes e Dixe (2012) descreve o desenvolvimento e a validação de três escalas que avaliam a autoperceção de confiança, dificuldades e necessidades de conhecimento dos pais, de crianças até aos 3 anos e meio, no exercício de uma parentalidade positiva.

Lopes e Dixe (2012) definem a parentalidade positiva como o comportamento parental que garante a educação da criança, estabelecendo limites, mantendo uma relação positiva e otimizando o seu potencial de desenvolvimento. Esta abrange um conjunto complexo de responsabilidades para os pais e engloba cinco dimensões funcionais: Necessidades físicas da criança; Segurança da criança; Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança; Comunicação positiva com a criança; Disciplina positiva. É recomendada como uma estratégia para prevenir maus tratos infantis e promover o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida. As mesmas autoras referem que os profissionais de saúde desempenham um papel

fundamental na formação dos pais. Esse apoio deve partir dos potenciais interesses, dificuldades e diferenças dos pais e permitir uma avaliação dos seus conhecimentos práticos. O potencial dos pais pode ser expresso como a autoconfiança e o conhecimento para gerir o processo da parentalidade e a sua avaliação permite antecipar e direcionar as intervenções de enfermagem (Lopes e Dixe, 2012).

Na construção das escalas os itens definidos traduziram atividades específicas de prática da parentalidade positiva consideradas essenciais para a saúde e o desenvolvimento da criança incluídos nas cinco dimensões funcionais, tendo sido os seguintes:

- Necessidades físicas da criança – durante a amamentação; durante a alimentação; lidar com o comportamento da criança durante a amamentação/alimentação; avaliar quando a amamentação/alimentação é suficiente para a criança; introdução de novos alimentos; preparação das primeiras sopas; ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono; dar os primeiros banhos; cuidados durante as cólicas;
- Segurança da criança – identificar alimentos saudáveis; preparar um ambiente seguro (sem perigo) para a criança; identificar ambientes nocivos (exposição a tabaco, chumbo, mercúrio, toxinas); identificar sinais de doença na criança; cuidados com a criança quando está doente; importância da vigilância de saúde da criança (vacinas, consultas de vigilância);
- Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança – quando obter conhecimentos sobre as fases de desenvolvimento da criança; conhecimento sobre as ações que estimulam a criança; escolha de meios de aprendizagem de acordo com a idade da criança (brinquedos, música, livros); atitudes que promovem um comportamento adequado na criança; utilização do banho como estímulo para a criança; utilização dos momentos de alimentação como estímulo para a criança;
- Comunicação positiva com a criança – quando responder ao choro da criança com afeto; interpretar os sinais que a criança utiliza para comunicar; os benefícios, para a criança, de uma relação com carinho e amor; estabelecimento de atividades que permitem a criança sentir-se especial e importante; atitudes que estimulam uma comunicação positiva com a criança (simples, clara e estimulante);
- Disciplina positiva – compreensão da importância da disciplina para a criança; estabelecer regras apropriadas à idade e desenvolvimento da criança; utilização da disciplina positiva em vez de castigos, ameaças ou restrições; ser um bom modelo para a criança.

O processo de avaliação e determinação de resultados dos 40 itens foram os mesmos para as três escalas, uma escala de Likert de 5 pontos para a resposta a cada item. Os itens eram respondidos em três colunas diferentes, uma para a Autoperceção de Confiança dos Pais, outra para a Autoperceção de Dificuldades e outra para a Autoperceção das Necessidades de Conhecimentos em Parentalidade Positiva. A pontuação era entre 1, que corresponde a respostas que declaram “não confiar em nada”, “sem dificuldade” ou “sem necessidade de conhecimento adicional”, respetivamente. Até 5, que corresponde a respostas que indicam “grande confiança”, “muita dificuldade” e “grande necessidade de conhecimento adicional”, respetivamente.

O instrumento com as três escalas foi aplicado a uma amostra não probabilística de 1011 pais de crianças com idades entre os 6 meses e os 3 anos e meio de idade. Os pais foram recrutados em infantários no distrito de Leiria, Portugal.

Foram agregados 40 itens em três escalas com 5 dimensões comuns. Foram eliminados os itens com coeficientes de correlação do item abaixo de 0,20 e os coeficientes Alfa de Cronbach abaixo de 0,70, resultando em 30 itens finais. Para todas as escalas, os coeficientes de correlação de Pearson entre as dimensões de cada Escala de Prática de Parentalidade Positiva excedem 0,45 e são significativos ($p < 0,01$), indicando uma validade convergente entre as dimensões de cada escala, bem como essas dimensões medirem o mesmo constructo – a prática da parentalidade positiva.

Lopes e Dixe (2012) concluíram que as três escalas com itens comuns permitem medir as três variáveis ao preencher apenas um questionário de uma página e não obrigam os pais a ler diferentes itens para cada escala. A natureza multidimensional das escalas também permite o uso individual de cada dimensão como uma subescala. O teste dos instrumentos com uma amostra não probabilística representa uma limitação, pois afeta a generalização dos resultados. O tamanho considerável da amostra e o fato de incluir mães e pais indicam o seu potencial. O uso destas escalas contribuirá para melhorar a prática clínica, com base nas necessidades dos pais e com vista à promoção da saúde infantil. Estas permitem diagnosticar as necessidades de apoio aos pais e direcionar e antecipar as intervenções de enfermagem. Também servem como instrumentos para avaliar o efeito dessas intervenções nesta área sensível de cuidados de enfermagem.

O artigo “UpStart Parent Survey: A New Psychometrically Valid Tool for the Evaluation of Prevention-focused Parenting Programs” de Benzies *et al.* (2013) descreve o desenvolvimento e a análise psicométrica preliminar do instrumento UpStart Parent Survey (USPS).

Benzies *et al.* (2013) referem que os pais são a influência mais significativa no crescimento e desenvolvimento das crianças. Todos os pais podem aumentar o seu conhecimento dos marcos de desenvolvimento e em práticas parentais, participando em programas que oferecem informações e suporte. No entanto, há uma avaliação limitada dos resultados de programas que oferecem este apoio. Os programas de parentalidade centrados na prevenção (P-FPPs) são serviços de primeira linha fundamentais, concebidos para ensinar os pais e melhorar o bem-estar geral das crianças. A avaliação desses programas é, atualmente, fraca. A avaliação rigorosa dos P-FPPs apoiaria o financiamento informado e as decisões de políticas baseadas em evidências.

A USPS consiste em 3 subescalas:

- A subescala Conhecimentos/habilidades Parentais (PK), com 10 itens que avaliam conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento, estratégias disciplinares, saúde e segurança infantil e respostas dos pais aos desafios diários. Usa uma escala Likert de 7 pontos, de 1 (fortemente em desacordo) a 7 (totalmente de acordo). As pontuações nos itens individuais foram somadas para criar uma pontuação total.

- A subescala Experiências Parentais (PE) inclui 11 itens que avaliam os resultados dos programas para pais, incluindo autoeficácia do papel parental, saúde emocional, suporte social, stresse parental e funcionamento familiar. Usa uma escala de Likert de 7 pontos, de 1 (totalmente em desacordo) a 7 (concorda fortemente). As pontuações nos itens individuais foram somadas para criar uma pontuação total. Foram selecionadas medidas de validação (5 escalas validadas) para esta escala.
- As subescalas PK e PE foram projetadas como um pré-teste retrospectivo e um pós-teste. Os pais reportam uma pontuação para "hoje" e uma pontuação para "antes do programa" em cada item. O pré-teste retrospectivo é aplicado ao mesmo tempo que o pós-teste, mas pede aos pais que reflitam sobre seu nível de compreensão ou habilidades antes do programa.
- A subescala Satisfação do Programa (PS) contém 7 itens que avaliam o envolvimento e a satisfação com o programa. Utiliza uma escala de Likert de 5 pontos, de 1 (discorda fortemente) a 5 (concorda fortemente). As pontuações em itens individuais foram somadas para criar uma pontuação total.

O instrumento USPS foi aplicado numa população urbana do Canadá, entre Abril de 2010 e Março de 2011. A primeira componente incluiu 345 pais/cuidadores de crianças até 6 anos de idade, a segunda componente (de teste/reteste) incluiu 22 pais/cuidadores e a terceira componente ("gold-standard") incluiu 53 pais/cuidadores.

A análise revelou a unidimensionalidade de cada escala, uma forte consistência interna e estabilidade temporal, bem como uma forte validade concorrente em 9 dos 11 itens examinados na subescala PE. Na sua primeira avaliação psicométrica, a USPS demonstrou ser promissora como uma ferramenta breve, fácil de administrar e cientificamente rigorosa para a avaliação de programas de parentalidade centrados na prevenção.

Benzies *et al.* (2013) afirmam que os resultados deste estudo indicam que o USPS pode ser uma ferramenta suficiente para avaliar a eficácia da capacidade de P-FPPs para melhorar os conhecimentos e habilidades parentais e os principais resultados associados ao melhor funcionamento familiar. Com o financiamento de programas cada vez mais dependente da demonstração de efetividade, a necessidade de ferramentas de avaliação rigorosas, mas fáceis de administrar, tornou-se imprescindível. O estudo atual é limitado pela percepção dos pais sobre as mudanças ocorridas com o programa, as percepções parentais de mudança podem ser tendenciosas. O estudo foi limitado pelo tamanho da amostra e por corresponder principalmente a mães. Futuras versões do USPS talvez desejem reverter a pontuação de alguns dos itens para evitar viés de resposta de conveniência com base em pontuações altas para todos os itens na mesma coluna. Este estudo contribui para a pesquisa baseada na comunidade, apresentando e avaliando uma ferramenta simples e eficiente para a avaliação de P-FPPs.

Com a análise dos dois artigos obtidos é possível observar que existem instrumentos de avaliação das competências parentais que incluem a avaliação do exercício da disciplina pelos pais.

O instrumento referido no artigo de Lopes e Dixe (2012) faz a avaliação das competências parentais tendo como referencial teórico a parentalidade positiva e o instrumento referido no artigo de Benzie *et al.* (2013) faz a avaliação das competências parentais tendo como referência programas de apoio na parentalidade focados na prevenção. Apesar de terem sido utilizados referenciais diferentes para a construção dos dois instrumentos é possível observar que têm um conjunto significativo de semelhanças nas competências avaliadas.

Nos estudos de validação destes dois instrumentos concluiu-se que estes tinham validade e consistência interna, revelando-se instrumentos viáveis e fáceis de aplicar para avaliar as competências parentais. Ambos os artigos revelam que estes instrumentos têm como limitação estarem numa fase inicial e ainda não terem sido aplicados numa amostra mais representativa.

Os dois artigos são referentes a instrumentos de avaliação das competências parentais desenvolvidos por enfermeiros, o que tem a vantagem de estarem direcionados para a prática de Enfermagem.

O instrumento de avaliação das competências parentais referido no artigo de Lopes e Dixe (2012) foi desenvolvido por Lopes (2012) no âmbito do seu doutoramento, em que criou e validou este instrumento, baseando-se nele para validar áreas de intervenção de enfermagem no apoio ao exercício da parentalidade positiva e descrever intervenções de enfermagem para esse apoio. Lopes (2012) concluiu que todos os itens das cinco dimensões do exercício da parentalidade positiva, avaliadas no instrumento, são áreas de intervenção de enfermagem no apoio aos pais para esse exercício.

Segundo a OE (2010:69) “No que concerne à Saúde Infantil, os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento dos pais.”, em que a promoção do desenvolvimento, das crianças dos 0 aos 5 anos, é importante por neste período existirem transformações rápidas e importantes que irão definir grande parte da sua esfera psicoafectiva. Neste âmbito é importante os enfermeiros avaliarem a perceção que os pais têm sobre as suas competências no desempenho do papel parental (OE, 2010).

Assim, os enfermeiros têm um papel importante no apoio aos pais ao longo de todo o desenvolvimento da criança, em que os primeiros anos de vida têm um impacto significativo no desenvolvimento futuro enquanto criança/jovem/adulto. O papel do enfermeiro no apoio e educação dos pais sobre a parentalidade e a área da disciplina é fundamental, em que a utilização de instrumentos de avaliação das competências parentais contribuem para melhorar os cuidados de enfermagem, permitindo desenvolver intervenções de enfermagem com base nas necessidades efetivas dos pais, com vista à promoção da saúde da criança e a uma melhor relação pais-filhos.

A OE (2004) refere que a avaliação dos cuidados de enfermagem requer um conjunto de indicadores e unidades de medida que sejam sensíveis aos mesmos, definindo como “ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem as evoluções positivas ou modificações operadas

no estado dos diagnósticos de enfermagem após as intervenções” (OE, 2004:6). No seguimento dos artigos sobre indicadores de qualidade e produtividade em Enfermagem a OE apresenta diversas sugestões de indicadores, a avaliar pelos enfermeiros, incluíam “A percentagem de pais com papel parental adequado”, Ganhos em conhecimento por parte dos pais em desenvolvimento infantil” e “ Ganhos dos pais em conhecimento sobre hábitos de saúde durante a infância e a adolescência” (OE, 2004:11).

A utilização destes instrumentos de avaliação das competências parentais permite, assim, um outro ganho importante, a possibilidade de avaliar o resultado das intervenções efetuadas, permitindo demonstrar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, em que os resultados se entrecruzam com os indicadores sugeridos pela OE.

6. CONCLUSÃO

Chegado ao fim deste processo de reflexão sobre o estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e sobre a Revisão Sistemática de Literatura considero que este relatório possibilitou efetuar uma análise crítica das atividades desenvolvidas e do desenvolvimento de competências durante este processo de aprendizagem, assim como, refletir sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Este relatório pretende demonstrar o processo de reflexão contínua sobre o trabalho desenvolvido, das experiências significativas, das dificuldades sentidas e das estratégias utilizadas enquanto mestrando na persecução de obtenção de competências como futuro EEESIP. Tendo a realização deste mestrado proporcionado excelentes experiências e desafios, motivando continuamente a busca por novos conhecimentos e mais aprofundados.

Após refletir sobre os objetivos propostos no Projeto de Estágio, nas competências comuns do enfermeiro especialista e nas competências específicas do EEESIP, considero ter conseguido atingir os objetivos inicialmente propostos e ter desenvolvido competências essenciais ao desempenho enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Considero ter evoluído muito como profissional e como pessoa, sendo este mais um passo no percurso formativo e profissional, pois penso sempre que tenho espaço para evoluir, que há sempre algo mais que quero aprender. Este curso de mestrado contribuiu no processo de aprendizagem, para o desenvolvimento de novos saberes a nível científico e prático, mas também a nível pessoal, tendo em vista a excelência, qualidade e humanização na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e sua família.

O percurso de aprendizagem na temática da parentalidade, iniciado com a frequência neste Curso de Mestrado em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem, através de uma reflexão sobre uma inquietação da prática diária, tem sido uma experiência muito enriquecedora e que me tem permitido adquirir novas perspetivas sobre o tema. Com a aprendizagem realizada durante este mestrado percebi que, dentro da parentalidade, era a área da disciplina que dava resposta à inquietação inicial, tendo direcionado a aprendizagem específica para esta área.

Os enfermeiros têm um papel importante no apoio aos pais, no exercício da parentalidade, ao longo de todo o desenvolvimento da criança, em que o apoio aos pais nos primeiros anos de vida da criança tem um impacto significativo no desenvolvimento futuro da criança/jovem/adulto. O papel do enfermeiro no apoio e educação dos pais sobre a parentalidade e na área da disciplina é fundamental, que se traduz em benefícios no comportamento das crianças e na relação pais-filhos. Em concordância com Lopes e Ferreira (2015), que referem existirem benefícios nas intervenções de enfermagem na capacitação parental, com uma melhoria no comportamento das crianças e nas relações pais-filhos após a intervenção de enfermagem.

A aplicação de instrumentos de avaliação das competências parentais contribui para a melhoria dos cuidados de enfermagem, com vista à promoção da saúde da criança e a uma melhor relação pais-filhos, permitindo desenvolver intervenções de enfermagem com base nas necessidades efetivas dos pais. Como é referido por Lopes e Dixe (2012) a avaliação do potencial dos pais para gerir o processo da parentalidade permite antecipar e direcionar as intervenções de enfermagem.

A utilização destes instrumentos de avaliação das competências parentais permite, assim, um outro ganho importante, a possibilidade de avaliar o resultado das intervenções efetuadas, possibilitando demonstrar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Este é um percurso que não termina com a conclusão do Curso de Mestrado, pois a enfermagem e, especificamente, a Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem é uma área em constante evolução e com novos conhecimentos. A conclusão deste curso de Mestrado é apenas mais um passo no meu desenvolvimento profissional e pessoal, que permite uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem por mim prestados. Mas outros passos terão de continuar a ser dados e este curso foi um promotor deles, através do desenvolvimento de competências na área da investigação, revisões de literatura e prática baseada na evidência.

Em síntese, a realização deste curso de Mestrado permitiu um processo de evolução profissional e pessoal, para o qual contribuiu a colaboração das equipas de enfermagem durante os estágios e, mais concretamente, dos enfermeiros cooperantes, e a colaboração da professora orientadora, com quem foi possível aprofundar os conhecimentos teóricos, investigar novos conhecimentos e aplicar a prática baseada na evidência, desenvolver competências na prestação de cuidados mais específicos, elaborar estratégias de intervenção direcionadas para a prevenção da doença e promoção da saúde em parceria com criança/jovem e sua família.

BIBLIOGRAFIA

- Alves, J.; Charepe, Z.; Amendoeira, J. (2014). Oportunidades de parceria no cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde – a perspetiva dos pais. *Nursing*. Disponível em: <http://www.nursing.pt/oportunidades-de-parceria-no-cuidar-de-criancas-com-necessidades-especiais-de-saude-a-perspetiva-dos-pais> .
- Arnold, D. H., Kupersmidt, J. B., Voegler-Lee, M. E., Marshall, N. (2012). The association between preschool children's social functioning and their emergent academic skills. *Early Child Res Q.* 27, pp. 376–386.
- Benzies, K.; Clarke, D.; Barker, L.; Mychasiuk, R. (2013). UpStart Parent Survey: A New Psychometrically Valid Tool for the Evaluation of Prevention-focused Parenting Programs. *Matern Child Health J.* 17, pp 1452-1458.
- Blomqvist, Y. T.; Rubertsson, C.; Kylberg, E., Jöreskog, K.; Nyqvist, K. H. (2011). Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *Journal of Advanced Nursing.* 68 (9), pp. 1988–1996.
- Bosler, C. E.; Hubbs-Tait, L. (2017). Guiding Young Children Series: Relationships Come First – Then Look at Discipline. Oklahoma Cooperative Extension Service, OSU Extension Fact Sheets. Acedido em: <http://factsheets.okstate.edu/> .
- Boundy, E.; Dastjerdi, R.; Spiegelman, D.; Fawzi, W.; Missmer, S.; Lieberman, E.; Kajeepeeta, S.; Wall, S.; Chan, G. (2015). Kangaroo mother care and neonatal outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics*. Acedido em: <http://content.early/2015/12/22/peds.2015-2238.full.html> .
- Brazelton, T. B. (2009). *O grande livro da criança*. (11ª Ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Carraro, T. E. (2004). Os postulados de Nightingale e Semmelweis: poder/vital e prevenção/contágio como estratégias para a evitabilidade das infecções. *Rev Latino-am Enfermagem.* 12 (4), pp. 650-657.
- Council of Europe (2006). *Recommendation Rec(2006)19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting*. Disponível em: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d6dda .
- Costa, J. A.; Belo, A. S. (Org.) (2006). *Dicionário da língua portuguesa – Dicionários editora*. Porto: Porto Editora.
- Decreto-lei n.º 118/2014. *Diário da República N.º 149/5 de agosto de 2014 – 1ª série*. Lisboa.
- Despacho n.º 3762/2015. *Diário da República N.º 73/15 de abril de 2015 – 2ª série*. Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa N.º 9/DGCG – A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos – Orientações Programáticas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514> .
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Norma 10/2013 – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde.
- Grupo Português de Triagem. (2015). *Sistema de Triagem de Manchester*. Disponível em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110 .
- Herczog, M. (2013) Public policies supporting positive parenthood: new policy perspective. The approach of the UN CRC Committee. In Buia, A (Ed.). (2013). *Public policies supporting positive parenthood: new policy perspectives – The proceedings of the ChildONEurope Seminar on positive parenthood*. Firenze: Istituto degli Innocenti.
- Hockenberry, M. J.; Wilson, D. (2014). Wong, *Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª Edição. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2014). *Censos 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros .
- Joanna Briggs Institute (JBI). (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: The systematic review of studies of diagnostic test accuracy*. Adelaide, Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- Joanna Briggs Institute (JBI). (2016). *User Manual for SUMARI – System for the Unified Management, Assessment and Review of Information: Version 5*. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/SUMARI-V5-User-guide.pdf> .
- Joanna Briggs Institute (JBI). (2017). *The JBI approach*. Disponível em: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=JBI-approach> .
- Lopes, M. S. O. C.; Catarino, H.; Dixe, M. A. (2010). Parentalidade positiva e enfermagem: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 3ª Série (1), Julho. p. 109-118.
- Lopes, M. S. O. C. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: Áreas de intervenção de enfermagem*. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Lopes, M. S. O. C.; Dixe, M. A. C. R. (2012). Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 20 (4), pp. 787-795.
- Lopes, N.; Ferreira, R. (2015). Intervenção dos enfermeiros na capacitação parental no relacionamento pais-filhos. *Revista da UIIPS*, V 3, Nº 5, pp. 312-329.
- Magalhães, S. C. R. S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Maia, L. (2011). *Educar sem bater – Um guia prático para pais e educadores*. Lisboa: Pactor.

- Maia, L. (2012). *E tudo começa no berço – Um guia para a educação e respeito social*. Lisboa: Pactor.
- Monticelli, M.; Boehs, A. E.; Guessier, J. C.; Gehrmann, T.; Martins, M.; Manfrini, G. C. (2010). Aplicações da teoria transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado. *Texto Contexto Enferm*, 19 (2), pp. 220-228.
- Meleis, A. I.; Dean, M. B. S. (2012). *Theoretical nursing: Development & progress*. 5ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins. Acedido em <https://books.google.pt/books?id=kPdB1vU1c1YC&pg=PA425&dq=MELEIS,+A.+I.&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwigk8iM25LNAhWBSxoKHVYxCIMQ6AEIHzAA#v=onepage&q&f=false>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. Acedido em <https://books.google.pt/books?id=TdLhXm5fpx8C&pg=PA65&dq=MELEIS,+A.+I.&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwigk8iM25LNAhWBSxoKHVYxCIMQ6AEITzAG#v=onepage&q=MELEIS%2C%20A.%20I.&f=false> .
- National Library of Medicine. (2017). *Medical Subject Headings 2017*. Disponível em <https://meshb.nlm.nih.gov/search> .
- Neu, M.; Robinson, J. (2010). Maternal holding of preterm infants during the early weeks after birth and dyad interaction at six months. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 39 (4), pp. 401-414.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2003). *Kangaroo mother care: a practical guide*. Department of Reproductive Health and Research. Geneva, Suíça.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Ordem dos Enfermeiros: Suplemento da revista N.º 13, Julho de 2014*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf .
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume III*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guias orientadores de boa prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, D.; Alarcão, M. (2014). Guia de avaliação das capacidades parentais: Estudo exploratório da fiabilidade em profissionais da proteção à infância. In Calheiros, M. M.; Garrido, M. V. (Org.). *Crianças em risco e perigo: Contextos, investigação e intervenção*.(pp.171-190). Lisboa: Edições Sílabo.
- Portaria n.º 82/2014. Diário da República N.º71/10 de abril de 2014 – 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Regulamento n.º 122/2011. *Diário da República N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011 – 2ª Série, Parte E*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

- Regulamento n.º 123/2011. *Diário da República N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011 – 2ª Série, Parte E*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Seay, A.; Freysteinson, W. M.; McFarlane, J. (2014). Positive Parenting. *Nursing Forum*. 49 (3), pp. 200-208.
- Siegel, D. J.; Bryson, T. P. (2015). *Disciplina sem dramas*. Alfragide: Lua de papel.
- Silva, M. D. B.; Silva, L. R.; Santos, I. M. M. (2009). O cuidado materno no manejo da asma infantil – contribuição da enfermagem transcultural. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 13 (4), pp. 772-779.
- UNICEF. (2004). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf .
- UNICEF. (2013). *Parents, Families, and Home-based Early Child Development*. Disponível em: https://www.unicef.org/earlychildhood/index_69849.html .
- UNICEF. (2014). *Building better brains: New frontiers in early childhood development*. Nova York, Estados Unidos da América: Early Childhood Development Section, UNICEF.
- Veenstra, R., Lindenberg, S., Oldehinkel, A. J., De Winter, A. F., Verhulst, F. C., Ormel, J. (2008). Prosocial and antisocial behavior in preadolescence: teachers' and parents' perceptions of the behavior of girls and boys. *Int J Behav Dev*. 32, pp. 243–251.
- Verissimo, M.; Fernandes, C.; Santos, A.; Peceguina, I.; Vaughn, B.; Bost, K. (2011). A Relação entre a Qualidade da vinculação à mãe e o desenvolvimento da competência social em crianças de idade pré-escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 24 (2), pp. 292-299.

ANEXOS

ANEXO I – PROJETO DO ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

II.



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém



3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem

Projeto do Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II

Autor
Nuno Lopes

Santarém, Junho, 2016



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém



3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem

UC – Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II
e Relatório

Projeto do Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II

Autor

Nuno Lopes – 140435002

Cooperantes

Enfº J. A.

Enfª S. S.

Enfª C. M.

Orientadora

Prof. Dr.ª Regina Ferreira

Santarém, Junho, 2016

SIGLAS

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	69
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	71
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA – PARENTALIDADE	73
3. PLANEAMENTO DE ATIVIDADES.....	76
4. CONCLUSÃO	82
BIBLIOGRAFIA.....	83

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II do 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde da Criança e no Jovem é necessário elaborar um projeto de estágio como forma de orientar as atividades e proporcionar uma aprendizagem enriquecedora como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP).

Este estágio visa dar continuidade à aprendizagem iniciada no estágio I, promovendo o desenvolvimento das competências necessárias à prestação de cuidados como EEESIP, que deverão ser adquiridas no final deste percurso formativo.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011), no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011) o EEESIP partilha de um grupo de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, aplicáveis em todos os contextos e ambientes da prestação de cuidados de saúde, dos primários, aos secundários e terciários. E no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 123/2011), o EEESIP domina um conjunto de competências específicas na área de Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem, que lhe permite demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, trabalhando em parceria com a criança saudável ou doente e família, com vista à promoção do mais elevado estado de saúde possível, proporcionar educação para a saúde e identificar e mobilizar recursos de suporte à família.

Os objetivos gerais deste estágio são: assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

A Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II decorreu em contexto de cuidados de saúde diferenciados. Os hospitais onde irá decorrer o estágio estão classificados como Grupo I pela Portaria n.º 82/2014. Esta portaria classifica as unidades hospitalares em 4 grupos, em que as instituições classificadas no Grupo I prestam cuidados exclusivamente a uma área geográfica de influência direta.

O Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II teve a duração de 18 semanas, de 30 de Maio a 04 de Novembro de 2016. A primeira componente será na Unidade de Pediatria de 30 de Maio a 8 de Julho de 2016. A segunda será na Unidade de Neonatologia de 11 de Julho a 7 de Outubro de 2016, com interrupção das férias de Verão de 25 de Julho a 16 de Setembro de 2016. A terceira será na Unidade de Urgência Pediátrica, na área da Grande Lisboa, de 10 de Outubro a 4 de Novembro de 2016. Em todos os estágios a orientação foi de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. As últimas 3 semanas estão programadas para atividades na Escola e conclusão do Relatório.

A disciplina no exercício da parentalidade

Com a elaboração deste projeto pretende-se programar as diversas atividades a desenvolver no contexto de estágio de modo a atingir os objetivos gerais e específicos (definidos pelo mestrando) do mesmo.

O Projeto de Estágio II é constituído pela contextualização do estágio, contextualização e justificação da temática escolhida, pelo plano de atividades e termina com uma pequena conclusão.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II do 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem inicia-se a 30 de Maio e termina a 04 de Novembro de 2016, com a interrupção das férias letivas do verão de 25 de Julho a 18 de Setembro de 2016, num total de 15 semanas. Seguido de um período de 3 semanas, de 07 a 25 de Novembro de 2016, para a realização do relatório de estágio e atividades na escola.

O estágio irá decorrer na Unidade de Pediatria de um hospital do Grupo I, de 30 de Maio a 10 de Julho, correspondendo a 6 semanas. A Unidade de Pediatria é constituída por 13 camas para o internamento de crianças/jovens com situações clínicas do foro médico, cirúrgico e ortopédico, nesta unidade também funciona o hospital de dia para situações de tratamentos oncológicos e outros de especial complexidade. A Unidade está acreditada pelo Departamento de Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde, com o Nível Bom, desde 2014.

O estágio continua no Serviço de Neonatologia de um hospital do Grupo I, de 11 de Julho a 09 de Outubro, com interrupção das férias letivas do verão de 25 de Julho a 18 de Setembro de 2016, correspondendo a 5 semanas.

Terminando no Serviço de Urgência Pediátrica de um hospital do Grupo I na área da Grande Lisboa, de 10 de Outubro a 04 de Novembro, correspondendo a 4 semanas. O serviço possui salas de triagem, de reanimação, de tratamentos, de espera e consultórios, incluindo uma Unidade de Internamento de Curta Duração para internamentos até 48 horas.

Com a realização do Estágio II pretende-se prestar cuidados especializados e individualizados à criança/jovem e sua família, ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença, de forma integrada e articulada com as equipas de saúde multidisciplinares dos serviços acima mencionados.

Os objetivos gerais que estão estabelecidos para o Estágio II são os seguintes:

- Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem;
- Cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade.

Na definição dos objetivos específicos, tendo como base os meus objetivos e interesses enquanto mestrando do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, pretendo intervir na problemática da parentalidade, na capacitação parental na área da disciplina. Os objetivos definidos para o Estágio II são os seguintes:

- Integrar as equipas multidisciplinares dos serviços;
- Desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;

A disciplina no exercício da parentalidade

- Promover um plano de saúde com a família promotor da parentalidade, na área da disciplina.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA – PARENTALIDADE

A escolha da parentalidade como temática orientadora para o estágio começou com uma reflexão da prática diária para a elaboração duma narrativa de ação numa disciplina do mestrado, tendo dado origem a um revisão sistemática da literatura sobre este tema, em que se conclui que existem benefícios nas intervenções de enfermagem na capacitação parental, com uma melhoria no comportamento e nas relações pais-filhos após a intervenção, e que os enfermeiros devem estar despertos para a relação da díade pais-filhos e possíveis problemas de comportamento, sendo esta uma área em que os enfermeiros devem dar mais atenção de forma a reduzir problemas de comportamento nas crianças, melhorar as relações pais-filhos e prevenir problemas futuros (Lopes e Ferreira, 2015).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento dos pais, sendo da sua competência avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem. Os enfermeiros, na sua prática, têm o dever de proporcionar à criança condições favorecedoras de um desenvolvimento global, reconhecendo os pais como os principais promotores desse desenvolvimento. E acrescenta que “as relações emocionais afetivas constituem a base primária para o desenvolvimento intelectual e social” (OE, 2010:75)

O desenvolvimento das habilidades sociais durante a infância, com o objetivo de adquirir relacionamentos bem-sucedidos com os outros, é uma das realizações mais importantes da infância. Quando as crianças não conseguem desenvolver habilidades sociais eficazmente na fase inicial do desenvolvimento, irão exibir comportamentos problemáticos, má adaptação social e baixo rendimento escolar (Veenstra *et al.*, 2008 e Arnold *et al.*, 2012).

A Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013), no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, refere que devido às características específicas da sociedade atual, a prevalência das perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência tem vindo a adquirir uma dimensão importante. Em que a Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil é destacada como uma oportunidade privilegiada para a triagem, avaliação, intervenção e orientação nestas situações problemáticas. Estima-se que, atualmente, 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental (Ministério da Saúde, citado por DGS, 2013).

A DGS defende como linha de atuação a valorização de cuidados antecipatórios como um fator de promoção da saúde, através da transmissão aos pais, e outros cuidadores, dos conhecimentos necessários ao melhor desempenho do exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde (DGS, 2013). Com o objetivo de apoiar e estimular a prática adequada da responsabilidade parental, com vista a promover o bem-estar familiar e em outros ambientes (DGS, 2013). Porque um aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento do exercício

da parentalidade, tornando possível às famílias assumirem-no como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-lo e promovê-lo (DGS, 2013).

A palavra disciplina deriva do latim *disciplina* com o significado de ensinar, aprender e dar instrução e não tinha relação com castigar, atualmente é que é habitual fazer a relação de disciplina apenas a castigos ou penalizações (Siegel e Bryson, 2015). Embora também signifique um conjunto de regras que regem o comportamento, observância de regras ou a capacidade de controlar um comportamento de forma a respeitar regras (Costa e Melo, 2006; Siegel e Bryson, 2015).

Brazelton (2009) defende que a seguir ao amor, a disciplina é a segunda dádiva mais importante que os pais devem dar a uma criança. O mesmo autor refere que o equilíbrio verdadeiro entre o amor e a disciplina proporciona à criança contextos de desenvolvimento baseados na segurança, proporcionando contextos de formação de adultos mais felizes.

Brazelton (2009) refere que a maioria dos pais compreende a importância de estabelecer limites às crianças, no entanto, fazê-lo de uma forma consistente e eficaz é uma das tarefas mais difíceis que estes têm. As crianças necessitam de disciplina e tentam abusar para obrigar os pais a impor limites, elas começam a explorar o que é e não é permitido, com um misto de excitação e de medo à medida que se aventuram mais. Se não forem disciplinadas podem tornar-se ansiosas, esforçando-se por obrigar os pais a impor limites, por não conseguem impô-los a si próprias.

Quando os pais trabalham fora detestam ser coercivos no pouco tempo que passam em casa, mas os filhos aguardam para experimentarem o seu comportamento provocatório num ambiente de segurança e amor. A sua necessidade de obter limites é ainda mais importante quando os pais estão ausentes. Os pais que na sua infância se sentiram oprimidos receiam fazer o mesmo aos filhos, estes pais podem necessitar de ajuda para enfrentar os seus “fantasmas” e para corresponderem à necessidade que os filhos têm de disciplina (Brazelton, 2009).

Maia (2011) afirma que criar uma criança não é superprotege-la é permitir um crescimento autónomo onde a criança experimenta os seus próprios limites, supervisionados pelos pais, e perceba quais são edificantes para a sua personalidade e aqueles que são ameaçadores e por isso deve evitar. À medida que a criança se vai desenvolvendo vai sendo capaz de decidir por si própria e, muito importante, arcar com as consequências das suas escolhas. Os pais devem incentivar a capacidade de autonomia, decisão, autorregulação e gestão das consequências das opções, atitudes e ações de cada criança.

Segundo Maia (2011) o papel dos pais como exemplo para os filhos é essencial. Pelos mecanismos de aprendizagem social, uma criança aprende, especialmente nos primeiros anos de vida, através da imitação dos comportamentos dos seus modelos, que maioritariamente são os pais. O mesmo autor defende que os pais devem exercer uma disciplina positiva, que também se centra num esforço de psico-educação dos pais para serem eles próprios exemplos de “boa conduta” para os filhos. A principal estratégia da disciplina positiva baseia-se no “amor firme”, o estabelecimento de limites bem conhecidos entre pais e filhos.

No processo de desenvolvimento infanto-juvenil a responsabilidade de educar é dos pais e por isso a amizade e o carinho devem passar-se na relação dos afetos, mas manter-se a firmeza

na regulação e implementação das regras, que não podem de forma alguma ser quebradas. Em termos disciplinares, as estratégias que mais funcionam são os reforços positivos dos bons comportamentos. A ideia central da disciplina positiva é dotá-la de ferramentas de autorregulação do seu próprio comportamento, de forma positiva, afetuosa e tranquila (Maia, 2011).

A criança deve ser educada para saber que para um seu desejo a resposta seja SIM e para outro desejo seja NÃO. O aprender a lidar com os “Nãos” que os pais e a vida vão apresentando às crianças vão-na fortalecendo e desenvolvendo uma característica que se pretende desenvolver nas crianças: a capacidade de resistência à frustração, que representa a necessidade de a criança se desenvolver a saber que há “coisas” que quereria ter ou fazer, mas que não pode. Mais tarde, como adulto, será fundamental para aceitar as coisas que tem que fazer por obrigação, ou por necessidade, ou porque num dia simplesmente não tem vontade de fazer, mas que não pode balizar a sua vida pela sua vontade ou não de fazer. Assim, o NÃO, é fundamental para a construção de um “EU” que aceita que a vida não gira em torno da vontade do indivíduo e é necessário muito sacrifício para a satisfação das necessidades e vontades individuais (Maia, 2011).

Segundo Siegel e Bryson (2015) uma disciplina eficaz pretende alcançar dois objetivos:

- Os pais conseguirem que os filhos colaborem e se comportem corretamente com as regras da família/sociedade, sendo este um objetivo de curto prazo;
- Os pais ajudarem os filhos a desenvolverem competências na capacidade de enfrentar com resiliência situações difíceis, frustrações e tempestades emocionais; a desenvolverem o autocontrolo e a adquirir uma bússola moral, para quando não estiver presente uma figura de autoridade mantenham uma atitude ponderada e correta, sendo este um objetivo de longo prazo.

Siegel e Bryson (2015) defendem que é possível disciplinar as crianças impondo limites bem definidos e consistentes, mas garantindo o respeito e o carinho. Em que através deste processo é possível fomentar um desenvolvimento que melhore os relacionamentos, a capacidade das crianças tomarem boas decisões e a capacidade de pensar nos outros, de forma a prepará-los para uma vida com sucesso e felicidade. Os mesmos autores acrescentam que os momentos que requerem disciplina são dos mais importantes no exercício da parentalidade, pois constituem oportunidades para a interação dos pais com os filhos, em que os pais podem redirecionar os filhos para um comportamento mais adequado para estes e para a família (Siegel e Bryson, 2015).

Ribas, Moura e Bornstein (2007), citados pela OE (2010), referem que estudos recentes mostraram que as mães com mais conhecimentos, sobre o desenvolvimento infantil e sobre as características e temperamento das crianças, sentem-se mais realizadas no seu desempenho parental, e mostram relações mais positivas e atitudes mais adequadas face ao temperamento da criança, o que revela uma maior autoeficácia no desempenho da parentalidade.

3. PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

As atividades desenvolvidas durante o Estágio II visam aproveitar todas as oportunidades para adquirir e desenvolver competências como futuro Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, tendo temática da parentalidade, na área da disciplina e afetos, como área de desenvolvimento aprofundado.

As atividades estão organizadas por objetivos, mas serão desenvolvidas de forma integrada ao longo do estágio.

Objetivo: Integrar as equipas multidisciplinares das equipas de Pediatria, de Neonatologia e de Urgência Pediátrica.

Atividades	Justificação	Cronograma
<p>Conhecer as estruturas físicas e organizacionais e ser acolhido nas equipas multidisciplinares das equipas de Pediatria, de Neonatologia e de Urgência Pediátrica;</p> <p>Elaborar um projeto de estágio tendo em conta as áreas de interesse, necessidades pessoais de formação e as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria;</p> <p>Validação do projeto de estágio com os Enfermeiros cooperantes dos serviços de Pediatria, de Neonatologia e de Urgência Pediátrica e com a professora orientadora;</p> <p>Conhecer os suportes informáticos de registos de enfermagem utilizados nos serviços;</p> <p>Conhecer a articulação dos serviços de Pediatria, de Neonatologia e de Urgência Pediátrica com outras entidades de Saúde;</p> <p>Integrar a equipa de enfermagem ao nível da prestação de cuidados à criança/jovem e família, intervindo e colaborando nas decisões das equipas de Pediatria, de Neonatologia e de Urgência Pediátrica, desenvolvendo intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem.</p>	<p>Elaborar um projeto de estágio que guie e programe as atividades a desenvolver durante o estágio.</p> <p>Discutir o trabalho a realizar, atuando de acordo com as orientações dos Enfermeiros cooperantes e das equipas de saúde.</p> <p>Evidenciar capacidade de integração e participação nas equipas de saúde de Pediatria, de Neonatologia e da Urgência Pediátrica, colaborando com os diferentes elementos da equipa de saúde.</p>	<p>1^a e 2^a semana de estágio</p> <p>Ao longo do estágio</p>

Objetivo: Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Atividades	Justificação	Cronograma
<p>Estabelecer um plano de saúde, em parceria com a criança/jovem e família, promotor da áreas da parentalidade, da otimização da saúde, da capacidade para gerir o regime terapêutico e da reinserção social da criança/jovem;</p> <p>Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem e família;</p> <p>Fornecer orientações antecipatórias à família para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança e do jovem.</p>	<p>Prestar cuidados promotores da saúde da criança/jovem e família.</p> <p>Desenvolver competências específicas do EEESIP na área da promoção da otimização da saúde da criança/jovem e família.</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

Objetivo: Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Atividades	Justificação	Cronograma
<p>Comunicar com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas ao estadio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;</p> <p>Envolver a criança/jovem e família no planeamento e nos cuidados de enfermagem;</p> <p>Promover a vinculação de forma sistemática, particularmente em recém-nascidos doentes ou com necessidades especiais;</p> <p>Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil;</p> <p>Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem e sua família;</p> <p>Promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.</p>	<p>Prestar cuidados de enfermagem específicos às necessidades de saúde e/ou doença da criança/ jovem e família, atendendo ao ciclo de vida e desenvolvimento da criança/jovem e sua família, respeitando o contexto cultural da mesma.</p> <p>Desenvolver competências específicas do EEESIP na área da promoção da maximização do potencial de desenvolvimento da criança/jovem.</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

Objetivo: Cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade.

Atividades	Justificação	Cronograma
<p>Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar os cuidados de enfermagem apropriados;</p> <p>Atuar eficazmente sob situações de pressão e stresse;</p> <p>Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</p> <p>Prestar cuidados de enfermagem apropriados às crianças/jovens com doenças raras, em parceria com a família.</p> <p>Providenciar cuidados de enfermagem à criança/jovem promotores de ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, suportadas na evidência;</p> <p>Promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica e a situações de deficiência/incapacidade;</p> <p>Referenciar a criança/jovem e família para outros prestadores de cuidados de saúde, sempre que a situação de saúde/doença da criança/jovem e família o justifique.</p>	<p>Prestar cuidados de enfermagem específicos às necessidades de saúde ou doença da criança/jovem e família em situações de especial complexidade.</p> <p>Desenvolver competências específicas do EEESIP em situações de particular exigência, resultante da sua complexidade.</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

Objetivo: Desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Atividades	Justificação	Cronograma
<p>Estabelecer uma relação profissional, ética e adequada com a criança/jovem e família, promovendo um ambiente gerador de segurança, proteção e confiança;</p> <p>Respeitar os valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas da criança/jovem e família.</p> <p>Executar os cuidados de enfermagem de acordo com os princípios científicos inerentes, respeitando os princípios, valores e normas deontológicas e promovendo a independência da criança/jovem e família;</p>	<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.</p> <p>Desenvolver compe-</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

<p>Assegurar a confidencialidade escrita e oral das informações da criança/jovem e família, obtidas durante a prestação de cuidados;</p> <p>Promover a privacidade da criança/jovem durante a prestação dos cuidados;</p> <p>Colher os dados que caracterizam a situação recorrendo a diferentes fontes de informação;</p> <p>Planear e executar os cuidados de enfermagem à criança/jovem e família atendendo às prioridades;</p> <p>Avaliar as respostas da criança/jovem e família às intervenções e implementar medidas corretivas adequadas, quando necessário;</p> <p>Avaliar os cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados;</p> <p>Efetuar registos claros, concisos e objetivos utilizando os instrumentos usados nas equipas;</p> <p>Promover a proteção dos direitos das crianças/jovens, estando alerta para sinais de maus-tratos e notificar à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens os casos suspeitos;</p> <p>Atender às práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente, com vista a prevenir ou atenuar estas práticas;</p> <p>Implementar e manter medidas standard de prevenção e controlo da infeção na prestação de cuidados;</p> <p>Participar em projetos institucionais na área da qualidade, identificando oportunidades de melhoria e elaborando estratégias de melhoria;</p> <p>Pediatria</p> <p>Promoção da atualização de conhecimentos da equipa de enfermagem;</p> <p>Promover novas aprendizagens na equipa de enfermagem, na área da especialidade;</p> <p>Formação da equipa de enfermagem nas novas orientações de 2015 do European Resuscitation Council em Suporte de Vida Pediátrico;</p>	<p>tências nas áreas da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, enquanto competências comuns dos enfermeiros especialistas.</p>	
---	--	--

<p>Pediatria</p> <p>Deteção precoce de sinais de alerta de perturbações emocionais e do comportamento na criança/jovem;</p> <p>Sessão de educação para a saúde na promoção e capacitação parental, especificamente na área da disciplina.</p> <p>Neonatologia</p> <p>Promover a vinculação de forma sistemática;</p> <p>Elaboração de um folheto para os pais sobre o “Método Mãe-Canguru”</p> <p>Deteção de sinais de dificuldades na vinculação pais/recém-nascido;</p> <p>Deteção de sinais de dificuldades dos pais nos cuidados ao recém-nascido;</p> <p>Urgência Pediátrica</p> <p>Deteção precoce de sinais de alerta de perturbações emocionais e do comportamento na criança/jovem;</p> <p>Elaboração de cartaz sobre o tema da disciplina.</p>		<p>Ao longo do estágio na Unidade de Internamento de Pediatria</p> <p>Ao longo do estágio no serviço de Neonatologia</p> <p>Ao longo do estágio no serviço de Urgência Pediátrica</p>
---	--	---

4. CONCLUSÃO

Elaborar um projeto implica programar o que fazer, quando, como e por quem. A elaboração do projeto tem por base a definição de objetivos e atividades a desenvolver que irão tornar exequíveis os objetivos e por fim avaliar o trabalho realizado.

A elaboração deste projeto de estágio visa ser um guia orientador e de suporte na aquisição e consolidação de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de competências de âmbito pessoal e profissional ao nível das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Ao executar este projeto pretende-se que seja dinâmico e flexível, passível de ser alterado ou melhorado ao longo do estágio, adaptando-se às condições das instituições e aos elementos a envolver para a sua realização.

Com a finalização deste projeto de estágio, considero ter conseguido transmitir os aspetos principais do seu planeamento.

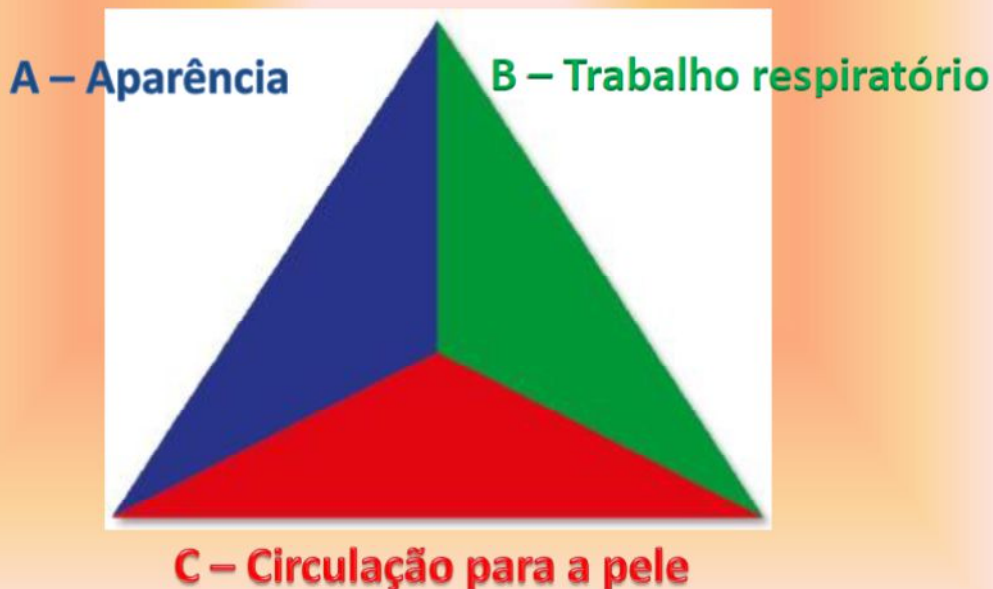
BIBLIOGRAFIA

- Arnold, D. H., Kupersmidt, J. B., Voegler-Lee, M. E., Marshall, N. (2012). The association between preschool children's social functioning and their emergent academic skills. *Early Child Res Q.* 27, pp. 376–386.
- Brazelton, T. B. (2009). *O grande livro da criança*. (11ª Ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Costa, J. A.; Belo, A. S. (Org.) (2006). *Dicionário da língua portuguesa – Dicionários editora*. Porto: Porto Editora.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma 10/2013 – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde.
- Lopes, N.; Ferreira, R. (2015). Intervenção dos enfermeiros na capacitação parental no relacionamento pais-filhos. *Revista da UIIPS*, V 3, Nº 5, pp. 312-329.
- Maia, L. (2011). *Educar sem bater*. Lisboa: Pactor.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 122/2011. *Diário da República N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011 – 2ª Série, Parte E*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Regulamento n.º 123/2011. *Diário da República N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011 – 2ª Série, Parte E*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Siegel, D. J.; Bryson, T. P. (2015). *Disciplina sem dramas*. Alfragide: Lua de papel.
- Veenstra, R., Lindenberg, S., Oldehinkel, A. J., De Winter, A. F., Verhulst, F. C., Ormel, J. (2008). Prosocial and antisocial behavior in preadolescence: teachers' and parents' perceptions of the behavior of girls and boys. *Int J Behav Dev.* 32, pp. 243–251.

ANEXO II – FORMAÇÃO À EQUIPA DE ENFERMAGEM “SUPORTE DE VIDA PEDIÁTRICO –
AVALIAÇÃO INICIAL E PROTOCOLOS DE ATUAÇÃO”.



Triângulo de Avaliação Pediátrica (PAT)



Triângulo de Avaliação Pediátrica (PAT)



A – Aparência

Fator importante para determinar a severidade da doença.

Traduz – adequação da ventilação; oxigenação; perfusão cerebral; funcionamento do SNC.

Alterações neuro-metabólicas



Alteração da APARÊNCIA, com ausência de alterações do Trabalho respiratório e da Circulação para a pele

Características	Fatores observados
T – Tone / Tónus	Tónus muscular, posição, movimentos, letárgica?
I – Interactiveness / Interação	Estado mental, estado de consciência, forma como se interessa e interage com outros e com o meio que a rodeia, irritabilidade?
C – Consolability / Consolabilidade	Resposta aos pais ou prestadores de cuidados, fica consolada com os pais, irritabilidade que não se consegue consolar?
L – Look/Gaze / Olhar	Segue objetos ou pessoas com o olhar, olhar vago, olhar ausente?
S – Speech/Cry / Voz/Choro	Forma como a criança vocaliza, linguagem, discurso orientado ou confuso, choro vigoroso ou fraco, gemido?

Triângulo de Avaliação Pediátrica (PAT)



A – Aparência



Descorticação

- Flexão dos membros superiores
- Extensão dos membros inferiores
- Reflete lesão acima do diencéfalo



Descerebração

- Extensão e pronção dos membros superiores
- Extensão dos membros inferiores
- Reflete lesão cerebral

Triângulo de Avaliação Pediátrica (PAT)



B – Trabalho respiratório

Características – Obstrução resp. alta	Fatores observados
Ressonar	Obstrução parcial das vias aéreas superiores
Gorgolejo	Sugere a presença de sangue, secreções ou corpo estranho na oro ou hipofaringe
Disfonia ou rouquidão	Inflamação ou infeção da laringe
Estridor	Som áspero, agudo, inspiratório/bifásico. É um dos sinais major do aparelho respiratório.
Características – Obstrução resp. baixa	Fatores observados
Pieira	Respiração ruidosa, expiratória, tonalidade elevada, som musical. Obstrução intra ou extraluminal dos brônquios segmentares e subsidiários.
Gemido	Indicador de doença grave , oxigenação inadequada.

Triângulo de Avaliação Pediátrica (PAT)



B – Trabalho respiratório



Posição em Tripé

- Sentadas, inclinadas para a frente e apoiadas nos braços.
- Melhora a utilização de músculos acessórios

SNIFFING POSITION VS FLEXED NECK



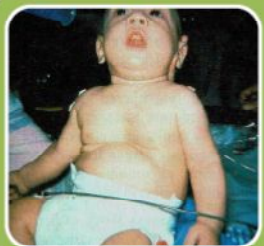
Snifing

- Posição de extensão do pescoço, para melhorar a permeabilidade da via aérea;
- Obstrução respiratória alta.

Triângulo de Avaliação Pediátrica (PAT)



B – Trabalho respiratório



Tiragem

- Utilização de músculos acessórios da respiração, para auxiliar os movimentos respiratórios.
- Mais fácil de observar em crianças pequenas;
- Balanceio da cabeça (lactente).



Adejo nasal

- Abertura exagerada das narinas durante a inspiração.
- Indica uma hipoxia moderada a severa.

Triângulo de Avaliação Pediátrica (PAT)



C – Circulação para a pele

Objetivo – Avaliar rapidamente a adequação do débito cardíaco.

Traduz – Eficácia do débito cardíaco e perfusão de órgãos vitais



Características	Fatores observados
Palidez	Coloração esbranquiçada da pele e/ou mucosas
Pele marmoreada	Zonas de descoloração esbranquiçada da pele, intercaladas com áreas azuladas
Cianose	Coloração azulada da pele e mucosas
Hemorragia	Visível, significativa
Outros sinais (avaliação posterior)	Temperatura da pele, Tempo de Reperusão Capilar, qualidade dos pulsos (periféricos/central), TA

Triângulo de Avaliação Pediátrica (PAT)



C – Circulação para a pele

Características	Significado
Palidez	Devido a circulação inadequada Primeiro sinal de má perfusão periférica Sugere choque compensado
Pele marmoreada e Cianose	Pele marmoreada – zonas de vasoconstrição e vasodilatação Sinal tardio de choque – choque descompensado Pode ser resultante de baixa temperatura ambiente Cianose – pode traduzir insuficiência respiratória



Pele marmoreada

Tempo de reperusão capilar



Triângulo de Avaliação Pediátrica (PAT)



Aparência	Normal	Anormal	Normal	Normal	Anormal	Anormal	Anormal
Trabalho respiratório	Normal	Normal	Normal	Anormal	Normal	Anormal	Anormal
Circulação para a pele	Normal	Normal	Anormal	Normal	Anormal	Normal/ Anormal	Anormal
	Estável	Disfunção do SNC	Insuficiência cardíaca	Dificuldade respiratória	Choque	Insuficiência respiratória	Falência cardio-respiratória
Potencialmente crítica	Não	Não/Sim	Não/Sim	Não	Sim	Sim	Sim

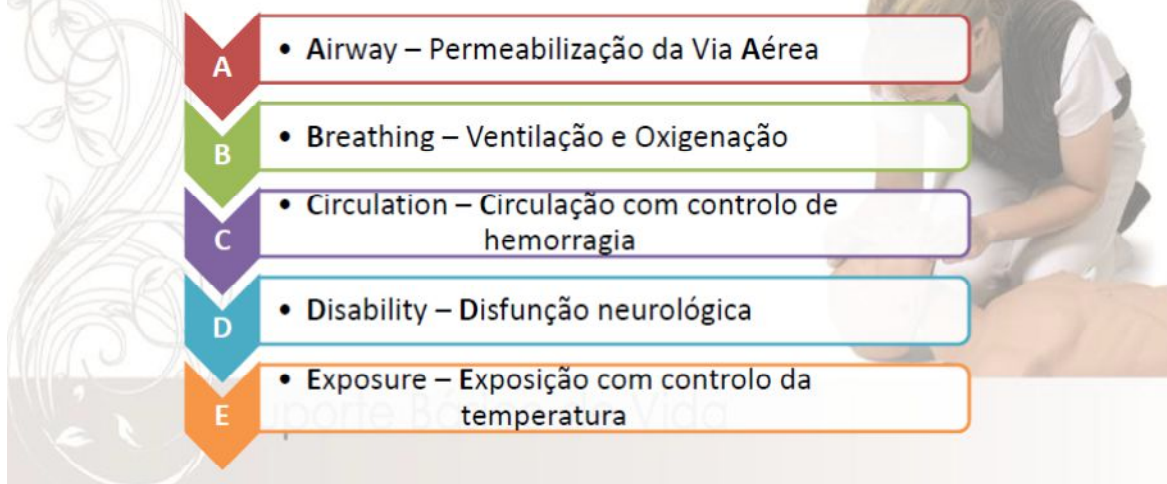
Abordagem ABCDE



Suporte Básico de Vida

Abordagem ABCDE

- É a primeira *hands on no doente grave*
- É imediata ao PAT
- Objetivo: priorizar um conjunto sequencial de intervenções de suporte para reverter uma disfunção grave cardiorrespiratória



Abordagem ABCDE

A – Permeabilização da Via Aérea

Permeabilizar a VA (subluxação da mandíbula, extensão da cabeça e elevação do mento).

Pesquisar e remover corpos estranhos; Posicionamento confortável; uso de adjuvantes básicos da VA e/ou avançados (Dispositivo laríngeo).

Pesquisar e auscultar: sons anormais da VA (estridor ou pieira); Rouquidão? Desvio da traqueia? Ingurgitamento Jugular?

Palpar: região da laringe (Enfisema SC, crepitações, fratura).

Identificar/corrigir situação potencialmente fatal: OVA; Aspiração com pressão entre [80,120] mmHg.

Abordagem ABCDE

A – Permeabilização da Via Aérea

Particularidades Anatômicas e Fisiológicas	Condição
<ul style="list-style-type: none">• Quanto menor a criança maior a desproporção entre a cabeça e a face (e o corpo);• Língua volumosa em relação à orofaringe;• Narinas com pouco suporte de cartilagem e respiração predominantemente nasal em lactentes até aos 4-6 meses;• A VA pediátrica é mais estreita a todos os níveis (principalmente ao nível da cartilagem cricoide);• Cartilagem da cricoide é a parte mais estreita da VA e a Traqueia é em forma de funil;• Laringe cartilágena e anéis cartilagosos de suporte da traqueia e brônquios em forma de C, e não em forma de O (como acontece no adulto).	<ul style="list-style-type: none">• O occipital proeminente força o pescoço para ligeira flexão na posição supina quando em decúbito dorsal em superfície plana;• Causa mais comum de OVA;• Podem apresentar dispneia, pela simples congestão nasal. A maior resistência ao fluxo aéreo ocorre ao nível das narinas;• Risco de OVA devido a pequena quantidade de muco, sangue ou por presença de corpos estranhos ou pelos próprios tecidos moles da cavidade oral;• Providencia um “cuff anatómico” para tubos ET;• Local frequente de OVA por corpo estranho;• Colapso da VA se pescoço hiper estendido ou fletido.

Abordagem ABCDE

A – Permeabilização da Via Aérea

Permeabilização da Via Aérea



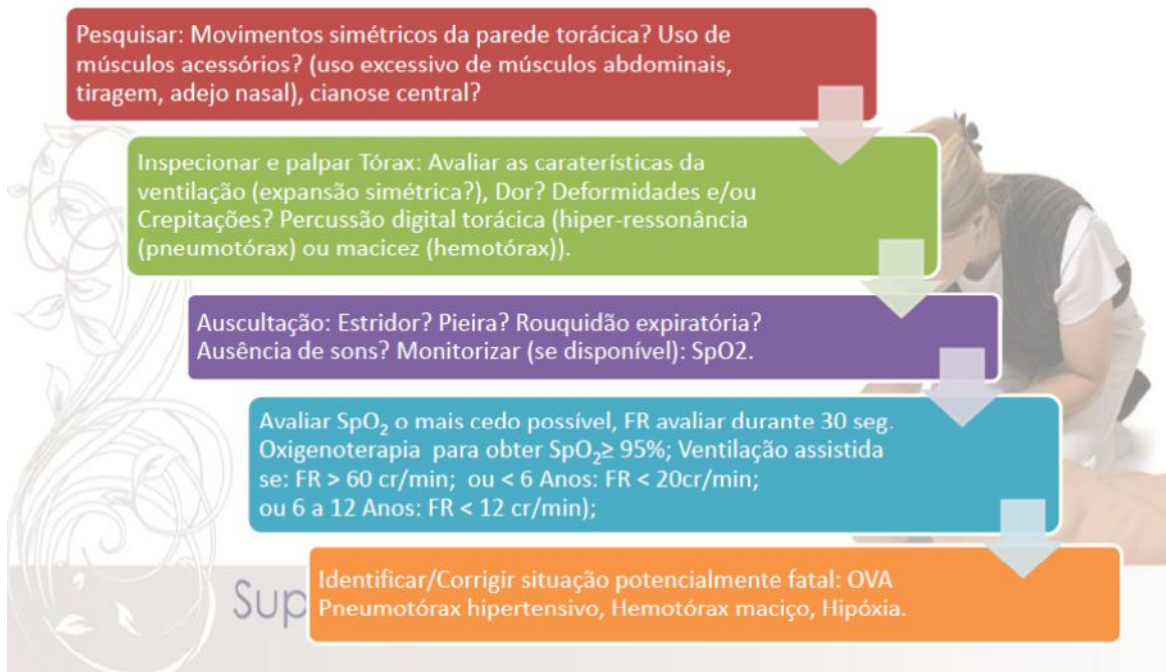
VOSP

- Ver – Os movimentos do tórax/abdómen
- Ouvir – Os sons/ruídos respiratórios
- Sentir – A respiração na face
- Pulso – Pesquisar pulso

ásico de Vida

Abordagem ABCDE

B – Ventilação e Oxigenação



Abordagem ABCDE

B – Ventilação e Oxigenação

Particularidades Anatômicas e Fisiológicas	Condição
<ul style="list-style-type: none">• Necessidade de mais O₂ por Kg de peso (ritmo metabólico mais elevado: 2 a 3 X a do adulto);• Menor compliance pulmonar e menor reserva funcional;• Costelas posicionadas horizontalmente. Os pontos de inserção muscular do diafragma, no tórax, também são horizontais na criança;• Músculos intercostais pouco desenvolvidos (imaturos);• Esterno e costelas cartilaginosas resultando numa parede torácica mais complacente. • Alvéolos mais pequenos e em menor número (aumentam até ao meio da infância cerca de 9 vezes comparativamente com número presente à nascença).	<ul style="list-style-type: none">• O esforço respiratório aumenta o consumo de O₂. Fatores como a hipotermia e sepsies podem levar a uma deterioração aguda;• FR lenta ou irregular na criança gravemente doente é um sinal peri-paragem;• Diâmetro da grelha costal já está expandido ao máximo e não pode aumentar na presença de dificuldade respiratória;• Compromisso ventilatório pela limitação da mobilidade diafragmática;• A capacidade de compensação de insuficiência respiratória é limitada: mais susceptível à hipóxia e risco de rápida deterioração;• Menor superfície alveolar disponível para trocas gasosas em lactentes e crianças pequenas. Alvéolos mais propensos a colapsar no final da expiração.

Abordagem ABCDE

B – Ventilação e Oxigenação

Via Aérea básica



Figura 12: correta colocação do tubo orotraqueal

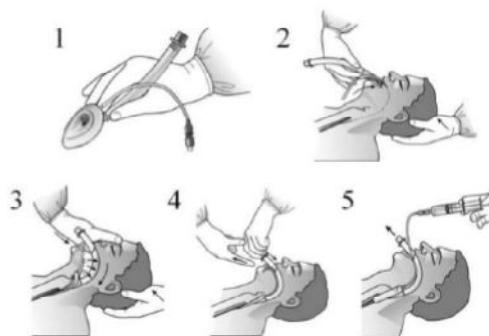


Figura 13: Tamanho adequado da máscara



Via Aérea avançada

- Coma com GCS \leq 8;
- Perda dos reflexos protetores da VA;
- Lesões com compromisso da VA;
- OVA.



Abordagem ABCDE

C – Circulação c/ controlo hemorragia

Pesquisar: Hemorragias externas; Pele (temperatura, humidade e coloração); Tempo Reperusão Capilar; Palpar pulsos (Central e Periférico; avaliar simetria de pulsos)

Identificar Choque (tipo e classe de choque)
Monitorizar (se disponível): Ritmo ECG, FC, PA

Controlar hemorragias; Acessos IV/IO (após 2 a 3 tentativas ou 60 a 90 seg. de acesso IV passar a IO);
Fluidoterapia - Choque: bólus de Cristalóide - SF ou Lactato de Ringer: 20ml/Kg até 3 x (intervalo 20 a 30 min).

Identificar/Corrigir situação potencialmente fatal:
Hipovolémia, Alterações metabólicas (Hipo ou Hipercalemiemia), Tromboembolismo.
A ausência de pulso implica PCR, é mandatório iniciar SBV de imediato.

Abordagem ABCDE

C – Circulação c/ controlo hemorragia

Particularidades Anatômicas e Fisiológicas	Condição
<ul style="list-style-type: none"> • FC rápida, diminui com a idade; • Miocárdio com menos massa contrátil e volume de contração limitado; • Mecanismos compensatórios mantêm DC por longos períodos de tempo. Esta grande capacidade de preservação da estabilidade hemodinâmica decorre da derivação do fluxo sanguíneo dos tecidos periféricos; • RN com sistema nervoso simpático menos desenvolvido; • Lactentes com função renal imatura; • Controlo imaturo do nervo vago; • Cortical óssea mais fina, medula óssea mais abundante. 	<ul style="list-style-type: none"> • A taquicardia pode ser resposta a hipovolémia e/ou Choque, mas também à dor, febre, medo ou stress psicológico ou emocional; • Débito cardíaco mantido pelo aumento da FC; • Hipotensão – sinal tardio de falência circulatória/ choque descompensado (a criança pode manter PA normal até perda de 25-40% do volume); • Pode existir hipotensão por hemorragia intracraniana (suturas não encerradas); • RN sensíveis a estimulação simpática (ex. aspiração e laringoscopia podem induzir bradicardia); • Desidratação pode ocorrer rapidamente devido a incapacidade de concentrar urina; • Arritmia sinusal [1,6] anos; • Facilidade na colocação de via intraóssea.

Abordagem ABCDE

C – Circulação c/ controlo hemorragia

Locais de aferição do pulso

Pulso braquial

ACESSO IO - INTRAÓSSEO

1st Generation: Cook Device 2nd Generation: B.I.O.

Alternate site 60° 1-2 cm below tibial tuberosity Growth plate

A Tibial tuberosity B C Penetration site

Photo courtesy of Waismed, Ltd, Houston, Texas.

Abordagem ABCDE

C – Circulação c/ controlo hemorragia



Abordagem ABCDE

D – Disfunção neurológica

Avaliar: Pupilas (tamanho e reatividade), estado de consciência (GCS), Sinais focais bilateralmente - força muscular e deficits sensório motores; alterações da linguagem.

Pesquisar sinais de HIC e/ou encravamento: Tríade de Cushing – Hipertensão arterial; Bradicardia; Alterações respiratórias.

Avaliar Glicemia capilar

Garantir ABC; Excluir/Corrigir: Hipóxia, Hipovolemia e Hipoglicemia.
Se GCS \leq 8: Garantir permeabilidade da VA (Tubo de Guedel/Dispositivo laríngeo)

Identificar/Corrigir situação potencialmente fatal: Tóxicos e/ou iatrogenia medicamentosa; Convulsões (grande mal).

Abordagem ABCDE

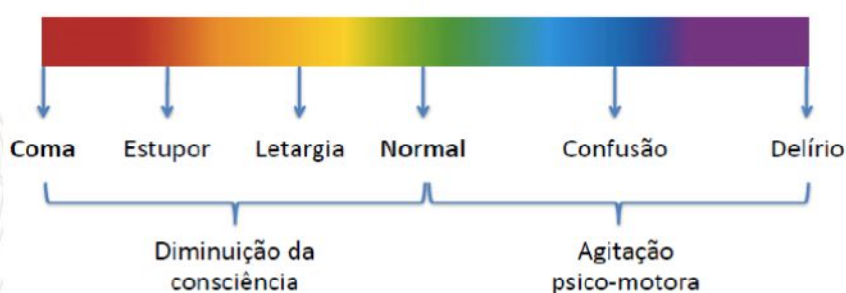
D – Disfunção neurológica

Particularidades Anatómicas e Fisiológicas	Condição
<ul style="list-style-type: none">• O cérebro aumenta de tamanho (para o dobro) nos primeiros 6 meses de vida e atinge 80% do tamanho do cérebro adulto aos 2 anos de idade. Apresenta maior conteúdo aquoso e a sua mielinização ainda não está completa;• Fontanela anterior fecha entre os 12-18 meses;• Lactentes têm o sistema nervoso autónomo imaturo.	<ul style="list-style-type: none">• O crânio oferece proteção inadequada para o cérebro da criança e o TCE pode produzir lesões cerebrais graves, sobretudo no 1º ano de vida;• Lesões difusas do encéfalo (sobretudo edema e lesão axonal difusa) são mais comuns na criança do que em qualquer outra faixa etária;• Lesões focais por contusão ou laceração que ocorrem adjacentes a proeminências ósseas e hemorragia intracranianas são pouco comuns;• O aumento gradual da pressão intracraniana pode ser acompanhado pelo aumento da caixa craniana;• Controlo limitado da temperatura corporal, por alterações ambientais.

Abordagem ABCDE

D – Disfunção neurológica

Existe um espectro de alterações do estado de consciência



- Escala AVDS
- Escala de Coma de Glasgow (e versão pediátrica adaptada)
- ECG < 8 = Coma (assegurar proteção da VA com VA Avançada)

Abordagem ABCDE

D – Disfunção neurológica

Escala AVDS					
GCS 15	A	Encontra-se ALERTA			
GCS 11/9	V	Responde a estímulos VERBAIS			
GCS 9	D	Responde a estímulos DOLOROSOS			
GCS 3	S	SEM RESPOSTA a estímulos			

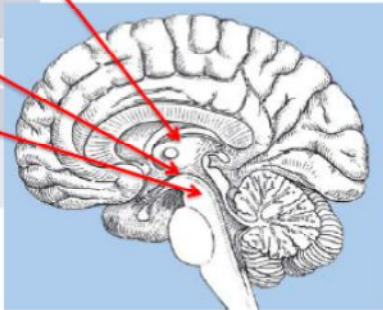
Escala de Coma de Glasgow (GCS)					
ABERTURA DOS OLHOS		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA	4	ORIENTADA BALBUCIA	5	CUMPRE ORDENS MOVIMENTOS NORMAIS ESPONTÂNEOS	6
ORDEM VERBAL ESTÍMULO VERBAL	3	CONFUSA CHORO IRRITÁVEL	4	LOCALIZA A DOR FUGA AO TOQUE	5
À DOR	2	INAPROPRIADA CHORO À DOR	3	FUGA À DOR	4
AUSENTE	1	INCOMPREENSÍVEL GEMIDO À DOR	2	FLEXÃO ANORMAL	3
		AUSENTE	1	EXTENSÃO NORMAL	2
				AUSENTE	1
<2 ANOS					

Abordagem ABCDE

D – Disfunção neurológica

Reflexo oculomotor

Pupilas	Resposta	Localização da lesão
Miose	Reactivas	Lesão diencefálica Encefalopatia metabólica
	Fixas	Lesão protuberancial alta ; Opioides, BZD
Midríase	Reactivas	Simpaticomiméticos
	Fixas	Lesão mesencefálica (tectal)
Médias	Fixas	Lesão mesencefálica
Anisocória	Dilatada e fixa	Herniação



Abordagem ABCDE

E – Exposição c/ controlo temperatura

Pesquisar outras lesões;
Marca o início da avaliação secundária.

Controlo da Temperatura (as crianças possuem maior superfície corporal e menos tecido subcutâneo, o que aumenta as perdas de calor e afeta a regulação da temperatura. A hipotermia prolonga o tempo de coagulação e afeta negativamente a função do SNC);
Privacidade e dignidade da criança.

NÃO

Avaliação
secundária

VÍTIMA CRÍTICA?

Identificar até 90
segundos

SIM

Chamar ajuda
Iniciar manobras
de RCP

O que mudou de 2010 para 2015

Suporte básico de vida

- A duração de cada insuflação é cerca de 1 segundo, coincidindo com a prática no adulto.
- Nas compressões torácicas, a metade inferior do esterno deve ser deprimida pelo menos um terço do diâmetro ântero-posterior do tórax (4 cm no lactente e 5 cm na criança).

Abordagem da criança gravemente doente

- Na criança com doença febril, sem sinais de choque séptico, os fluidos devem ser administrados cuidadosamente e reavaliar após cada administração. Nalgumas formas de choque séptico, alguma restrição na administração de cristalóide isotónico pode ser benéfica, comparativamente ao uso liberal de fluidos.

Algoritmo de paragem cardíaca em pediatria

- Muitas das atitudes são agora alinhadas com a prática no adulto.

Cuidados pós-reanimação

- Evitar febre em crianças que tiveram RCE em contexto extra-hospitalar.
- A normotermia ou hipotermia ligeira deve ser o objetivo do controlo de temperatura em crianças após RCE.
- Não existe um indicador único de quando suspender reanimação.



Fig. 3 - Cadeia de sobrevivência para adultos (superior) e lactentes e crianças (inferior).



Suporte Básico de Vida Pediatria

ALGORITMOS



Reanimação Intra-hospitalar



Algoritmo de reanimação pediátrica em ambiente intra-hospitalar

A avaliação da criança é feita pela sequência **ABCDE**.

Se não for possível avaliar o pulso braquial, deve procurar-se um pulso central. Deve-se pesquisar o pulso femoral.

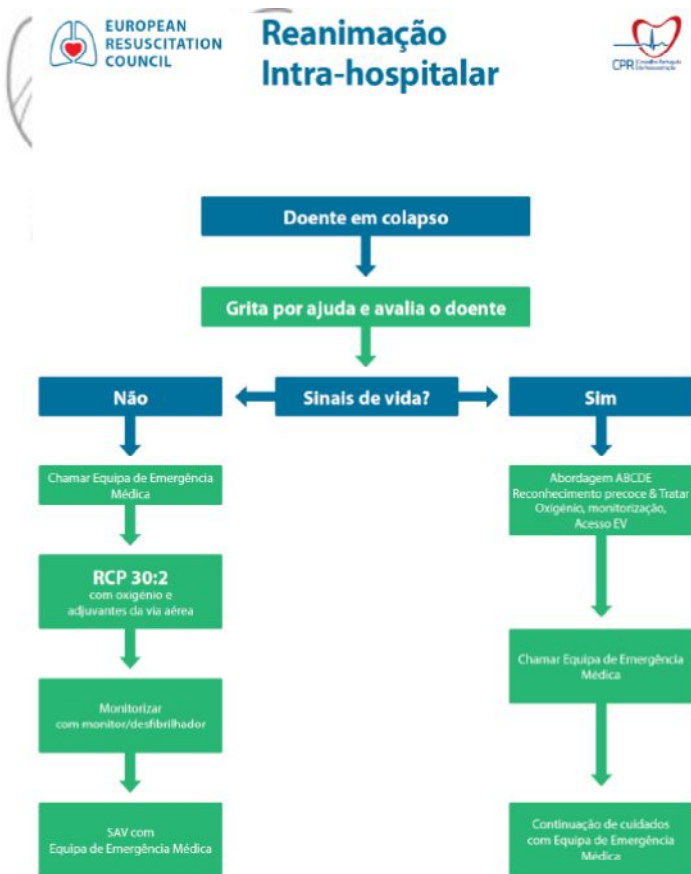
Na vítima pediátrica faz-se sempre 1 minuto de RCP antes de chamar por ajuda diferenciada.

Na criança começa-se por fazer 5 insuflações porque, geralmente, a paragem cardíaca é antecedida de paragem respiratória.

Na monitorização de SpO₂ não subestimar a dificuldade respiratória na criança com ≥95%. A criança pode compensar a hipóxia através do aumento da FR e profundidade da ventilação, e a oximetria pode não refletir a verdadeira gravidade do problema respiratório.



www.erc.edu | info@erc.edu
Publicado em Outubro 2015 pelo European Resuscitation Council vzw, Emile Vandervekelaan 35, 2045 Nid, Belgium
Copyright © European Resuscitation Council vzw. Matéria de produto: Public, ALS, IHCAT, Algorithm, PBT, 20150930



Algoritmo de reanimação no adolescente/adulto em ambiente intra-hospitalar

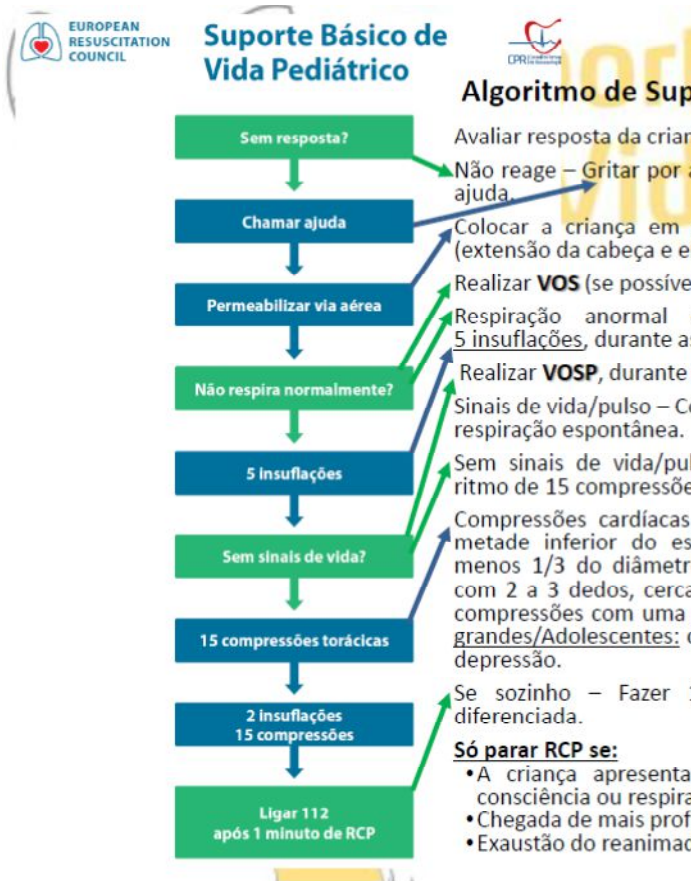
A avaliação do adolescente é feita pela sequência **ABCDE**.

Deve-se pesquisar o pulso carotídeo nos adolescentes.

Se suspeita/conhecido problema do foro cardíaco pode-se fazer a sequência **CAB**.

Na vítima adolescente/adulto começa-se pela massagem cardíaca porque, geralmente, a causa da PCR é do foro cardíaco.

www.erc.edu | info@erc.edu
Publicado em Outubro 2015 pelo European Resuscitation Council vzw, Emile Vanderveidebaan 35, 2045 Nieuw, Belgium
Copyright: © European Resuscitation Council vzw. Referência do produto: Poster_ALS_HCAT_Algorithm_PRT_20150930



Algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico

Avaliar resposta da criança à estimulação verbal e ao toque.

Não reage – Gritar por ajuda, não se abandona a criança para pedir ajuda.

Colocar a criança em posição dorsal, permeabilizar a Via Aérea (extensão da cabeça e elevação do queixo).

Realizar **VOS** (se possível **VOSP**) durante 10 seg.

Respiração anormal ou ausente – Verificar OVA. Realizar **5 insuflações**, durante as insuflações verificar se a criança reage.

Realizar **VOSP**, durante 10 seg.

Sinais de vida/pulso – Continuar com insuflações até recuperação da respiração espontânea.

Sem sinais de vida/pulso – Iniciar compressões cardíacas, a um ritmo de 15 compressões : 2 insuflações.

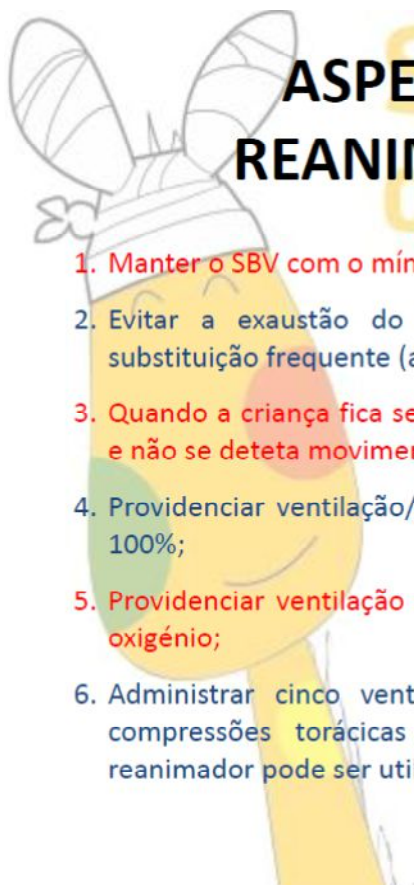
Compressões cardíacas – Em todas as crianças, compressões na metade inferior do esterno. A compressão deve deprimir pelo menos 1/3 do diâmetro ântero-posterior. Lactentes: compressões com 2 a 3 dedos, cerca de 4 cm de depressão do tórax. Crianças: compressões com uma mão, cerca de 5 cm de depressão. Crianças grandes/Adolescentes: compressões com 2 mãos, cerca de 5 cm de depressão.

Se sozinho – Fazer 1 min de RCP e depois chamar ajuda diferenciada.

Só parar RCP se:

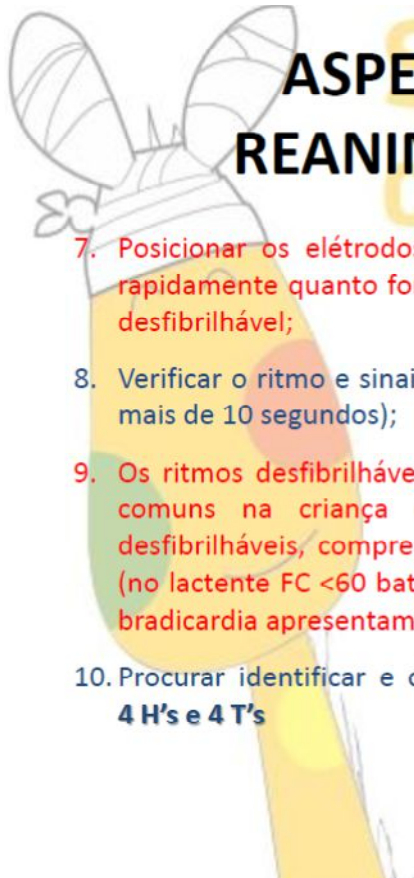
- A criança apresentar sinais de vida (movimentos, recuperar consciência ou respiração espontânea);
- Chegada de mais profissionais de saúde que possam substituir;
- Exaustão do reanimador.

www.erc.edu | info@erc.edu
Publicado em Outubro 2015 pelo European Resuscitation Council vzw, Emile Vanderveidebaan 35, 2045 Nieuw, Belgium
Copyright: © European Resuscitation Council vzw. Referência do produto: Poster_PNDS_BLS_Algorithm_PRT_20151014



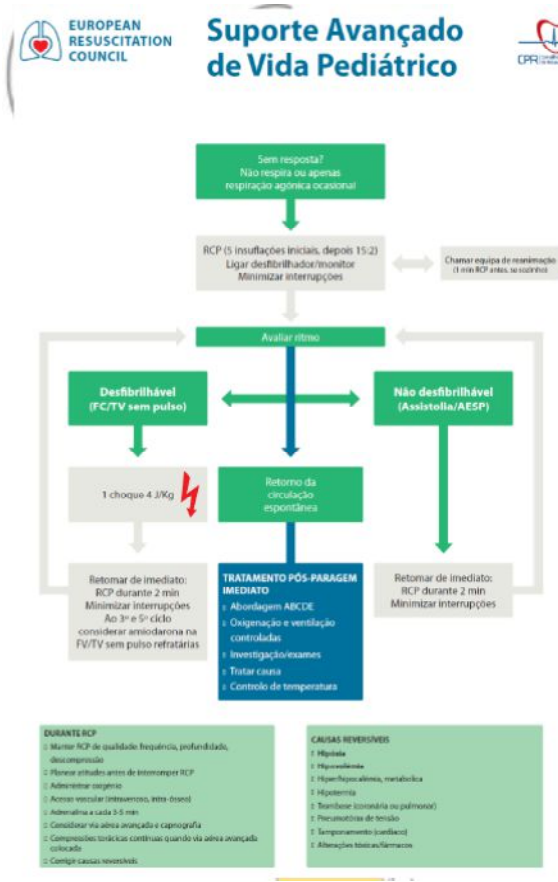
ASPETOS PRÁTICOS NA REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

1. Manter o SBV com o mínimo de interrupções até à tentativa de desfibrilhação;
2. Evitar a exaustão do reanimador que está nas compressões pela sua substituição frequente (a cada 2 minutos);
3. Quando a criança fica sem resposta, sem sinais de vida (não respira, não tosse e não se deteta movimentos), iniciar SBV de imediato;
4. Providenciar ventilação/oxigenação com máscara e insuflador com oxigénio a 100%;
5. Providenciar ventilação com pressão positiva com elevadas concentrações de oxigénio;
6. Administrar cinco ventilações eficazes (em cinco tentativas) seguidas de compressões torácicas e ventilações numa relação de 15:2 (com um reanimador pode ser utilizada uma relação de 30:2);



ASPETOS PRÁTICOS NA REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

7. Posicionar os eléctrodos de monitorização ou as pás de desfibrilhação tão rapidamente quanto for possível para identificar o ritmo: desfibrilhável e não desfibrilhável;
8. Verificar o ritmo e sinais de circulação (pesquisar o pulso central durante não mais de 10 segundos);
9. Os ritmos desfibrilháveis são a FV e a TV sem pulso. Estes ritmos são mais comuns na criança que sofreu um colapso súbito. Os ritmos não desfibrilháveis, compreendem a atividade elétrica sem pulso, a bradicardia (no lactente FC <60 bat/min) e a assistolia. A atividade elétrica sem pulso e a bradicardia apresentam frequentemente complexos QRS alargados;
10. Procurar identificar e corrigir as causas potencialmente reversíveis de PCR:
4 H's e 4 T's



Algoritmo de Suporte Avançado de Vida Pediátrico

Na vítima pediátrica a paragem cardiopulmonar é secundária, surge em regra na sequência de hipoxémia/paragem respiratória e hipovolemia.

A PCR secundária é mais frequente que a PCR primária (devida a arritmias).

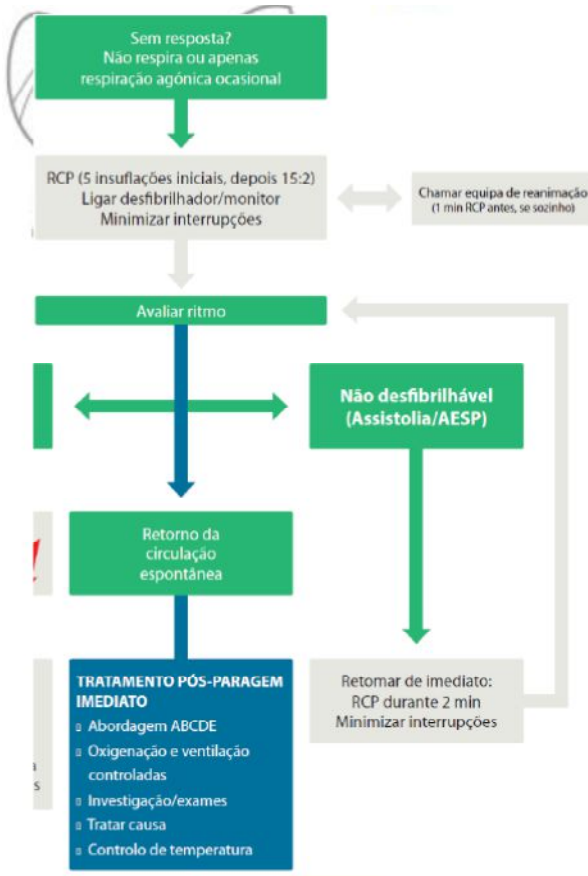
Em mais de 3/4 dos casos o ritmo de PCR é a assistolia.

O Algoritmo SAV pode ser iniciado a qualquer momento do Algoritmo SBV.

O Algoritmo do SAV inclui os procedimentos do SBV e adiciona:

- Proteção da Via Aérea com dispositivos de VA avançada;
- Monitorização de sinais vitais, com monitor/desfibrilhador;
- Obtenção de acessos venosos;
- Desfibrilhação cardíaca, quando ritmos desfibrilháveis;
- Administração de fluidos/drogas;
- Tratamento das causas reversíveis (4 H's e 4 T's).

www.erc.edu | info@erc.edu
Publicado em Outubro 2013 pelo European Resuscitation Council, rue de l'Indépendance 35, 2045 Nivel, Belgium
Copyright: © European Resuscitation Council vzw | Referência do produto: Poster_PAEDS_PAALS_Algorithm_PRT_20130930



Suporte Avançado de Vida Pediátrico (ritmo cardíaco não desfibrilhável/sem considerar ritmo cardíaco)

DURANTE RCP

- Manter RCP de qualidade: frequência, profundidade, descompressão
- Planear atitudes antes de interromper RCP
- Administrar oxigénio
- Acesso vascular (intravenoso, intra-ósseo)
- Adrenalina a cada 3-5 min
- Considerar via aérea avançada e capnografia
- Compressões torácicas contínuas quando via aérea avançada colocada
- Corrigir causas reversíveis

CAUSAS REVERSÍVEIS

- Hipóxia
- Hipovolemia
- Hiper/hipocalémia, metabólica
- Hipotermia
- Trombose (coronária ou pulmonar)
- Pneumotórax de tensão
- Tamponamento (cardíaco)
- Alterações tóxicas/fármacos

www.erc.edu | info@erc.edu
Publicado em Outubro 2013 pelo European Resuscitation Council, rue de l'Indépendance 35, 2045 Nivel, Belgium
Copyright: © European Resuscitation Council vzw | Referência do produto: Poster_PAEDS_PAALS_Algorithm_PRT_20130930



Algoritmo RCP em ritmos não desfibrilháveis

Via Aérea:

- Assegurar a permeabilidade e a proteção da VA;
- **Colocar Tubo de Guedel ou máscara laríngea.** Considerar entubação traqueal;
- A criança em PCR não necessita de sedação para colocação de máscara laríngea ou entubação traqueal.

Ventilação e Oxigenação:

- **Administrar OXIGÉNIO a 100% durante a RCP.** Nos recém-nascidos pode-se utilizar apenas ar ambiente;
- Após recuperação/estabilização diminui-se O₂ até obter SpO₂ de 94% a 98%;
- **Evitar a hiperventilação** – aumenta a pressão intratorácica e diminui a perfusão cerebral e coronária;
- **Insuflar um volume suficiente para fazer uma elevação normal do tórax;**
- Utilizar um rácio de 15 compressões: 2 insuflações, a um ritmo de 100 a 120 compressões/min;
- Na presença de VA Avançada as insuflações são feitas de forma assíncrona/independente das compressões;
- Utilizar um ritmo de 10 insuflações/min, mantendo as compressões, sem interrupção, a 100 a 120/min;
- **Avaliar continuamente a SpO₂ o mais rapidamente possível,** atenção ao facto da SpO₂ não ser fiável em situações de má perfusão periférica, PCR e algumas alterações sanguíneas (anemia, meta-hemoglobinémia, intoxicação por CO).



Algoritmo RCP em ritmos não desfibrilháveis

Acessos vasculares:

- A obtenção de acessos vasculares é essencial para administrar fluidos e drogas. Se possível 2 acessos diferentes;
- **Após 2 tentativas ou 60 seg. sem conseguir acesso IV passar a acesso IO;**
- Acesso IO é uma via rápida, segura e efetiva para a administração de fluidos, drogas e produtos sanguíneos.

Fluidos:

- **Os cristaloides isotónicos (SF e Lactato de Ringer) estão indicados em todos os tipos de PCR;**
- No caso de sinais de má perfusão sistémica fazer bólus de 20ml/Kg. Após cada bólus reavaliar exame ABCDE, para decidir a administração de mais fluidos;
- Na criança febril sem sinais de má perfusão sistémica, administrar fluidos de forma conservadora;
- **Usar soros com glucose apenas na presença de hipoglicémia.**

Adrenalina:

- Catecolamina endógena do organismo. Tem ação alfa e beta adrenérgica;
- Fármaco usado na RCP com ritmos desfibrilháveis e não desfibrilháveis;
- Induz vasoconstrição, aumenta a pressão de perfusão, melhora a contractilidade cardíaca e aumenta a amplitude e frequência da Fibrilhação Ventricular (melhor sucesso de desfibrilhação):
- **Dose recomendada de 0,01 mg/Kg,** doses maiores não melhoram as hipóteses de sobrevivência ou de défices neurológicos;
- **Dose máxima por dose é de 1 mg;**
- Preparação: **1 ampola de ADRENALINA de 1mg/1ml, diluir a ampola até 10ml (em 9ml de SF),** dessa nova preparação **administrar 0.1 ml/Kg (= 0,01mg/Kg).**
- Assim: 5 Kg = 0,5ml – 15Kg = 1,5ml – 30KG = 3ml.

LK. Macnechiar et al. / Resuscitation 95 (2015) 223–248

CARDIAC ARREST: NON SHOCKABLE RHYTHM

Algoritmo RCP em ritmos não desfibrilháveis

No Algoritmo de SAV é necessária a presença de vários profissionais de saúde com treino, em que cada um tem a sua tarefa e trabalham em equipa:

- 1 chefe de equipa, 1 compressões cardíacas, 1 via aérea, 1 monitorização, 1 acessos/drogas e 1 registos/logística.

Devem ser definidos de início os papéis de cada elemento, pelo menos:

- 1 chefe de equipa/registos, 1 compressões cardíacas, 1 via aérea e 1 monitorização/acessos/drogas).

Para evitar a exaustão do elemento a fazer compressões cardíacas deve trocar com o elemento da via aérea a cada ciclo de reavaliação (2 minutos).

LK. Macnechiar et al. / Resuscitation 95 (2015) 223–248

CARDIAC ARREST: NON SHOCKABLE RHYTHM

Algoritmo RCP em ritmos não desfibrilháveis

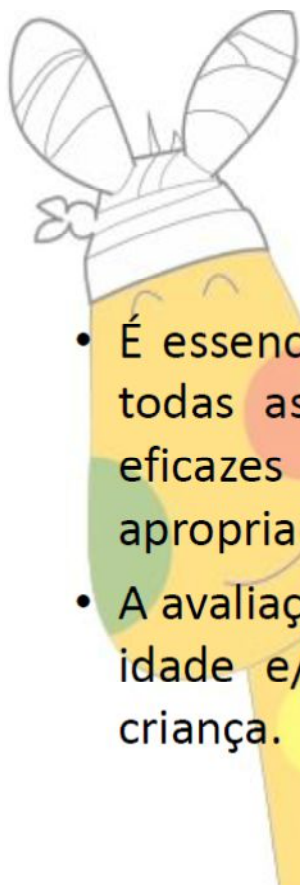
Avaliação ABC:

- A e B – oxigenar e ventilar com insuflador manual, providenciar pressão positiva com alta concentração de O₂ (100%), colocar monitorização de sinais vitais;
- C – Avaliar ritmo cardíaco e sinais de vida (avaliar pulso central não mais de 10 seg.).

Criança em PCR – ritmo não desfibrilhável (assistolia, atividade elétrica sem pulso)

- Se acesso e adrenalina disponível - administrar e iniciar RCP durante 2 min;
- Reavaliar a cada 2 minutos, minimizar as pausas da RCP ao máximo, planear antes de parar RCP;
- Repetir adrenalina a cada 3 a 5 min, cada 2 ciclos de RCP;
- Identificar e tratar causas reversíveis (4 H's e 4 T's).

H's	T's
Hipóxia	Tromboembolismo (pulmonar/coronário)
Hipovolémia	Pneumotórax hipertensivo
Hiper/hipocaliémia	Tamponamento cardíaco
Hipotermia	Tóxicos/ iatrogenia medicamentosa

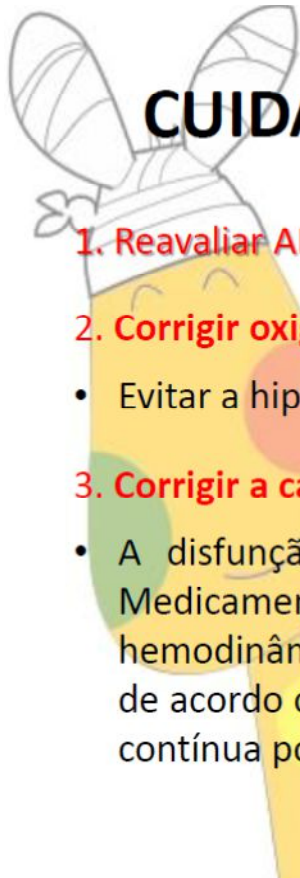


Avaliação da DOR

Suporte Básico de Vida

Pediatria

- É essencial avaliar cuidadosamente a dor em todas as crianças e considerar os métodos eficazes para o seu alívio sempre que apropriado.
- A avaliação da dor deve ter em consideração a idade e/ou estadió de desenvolvimento da criança.

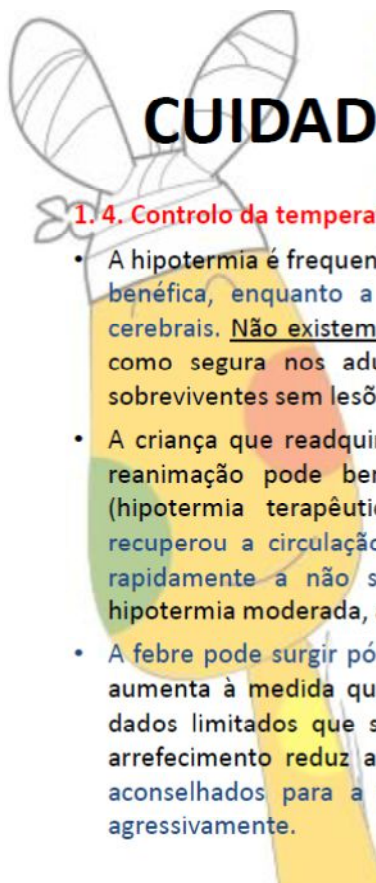


CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO

Suporte Básico de Vida

Pediatria

1. **Reavaliar ABCDE**
2. **Corrigir oxigenação e ventilação:**
 - Evitar a hiper-oxigenação, manter SpO₂ [94,98] %.
3. **Corrigir a causa reversível:**
 - A disfunção miocárdica é comum após a reanimação. Medicamentos vasoativos podem melhorar os parâmetros hemodinâmicos pós-reanimação, mas devem ser utilizadas de acordo com a clínica. Devem ser administradas de forma contínua por via intravenosa.



Suporte Básico de Vida Pediatría

CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO

1.4. Controlo da temperatura

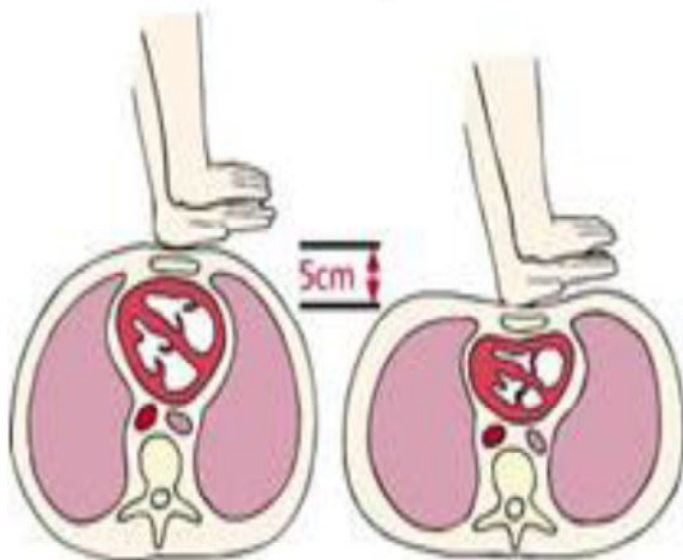
- A hipotermia é frequente na criança pós-PCR. A hipotermia central (32-34°C) pode ser benéfica, enquanto a febre pode ser prejudicial nos sobreviventes com lesões cerebrais. Não existem estudos pediátricos, a hipotermia moderada tem sido aceite como segura nos adultos e recém-nascidos; podendo aumentar o número de sobreviventes sem lesões neurológicas;
- A criança que readquire circulação espontânea mas que mantenha o coma após a reanimação pode beneficiar de um arrefecimento para 32-34°C por 12h-24h (hipotermia terapêutica pós-PCR). Uma criança reanimada com sucesso que recuperou a circulação espontânea e está em hipotermia não deve ser aquecida rapidamente a não ser que a temperatura seja <32°C. Após um período de hipotermia moderada, a criança deve ser aquecida lentamente a 0,25-0,5°C por hora;
- A febre pode surgir pós-PCR; está associada a mau prognóstico neurológico; o risco aumenta à medida que aumenta a temperatura corporal acima dos 37°C. Existem dados limitados que sugerem que o tratamento da febre com antipiréticos e/ou arrefecimento reduz a lesão neurológica. Os antipiréticos e outros medicamentos aconselhados para a febre são seguros; por isso utilize-os para tratar a febre agressivamente.



Bibliografia

- Conselho Português de Ressuscitação. (2015). *Algoritmo de reanimação intra-hospitalar*. Lisboa: Conselho Português de Ressuscitação.
- Conselho Português de Ressuscitação. (2015). *Algoritmo de suporte básico de vida pediátrico*. Lisboa: Conselho Português de Ressuscitação.
- Conselho Português de Ressuscitação. (2015). *Algoritmo de suporte avançado de vida pediátrico*. Lisboa: Conselho Português de Ressuscitação.
- Dieckmann, R. A. (Ed.). (2005). *Pediatric education for prehospital professionals – American academy of pediatrics* (2ª ed.). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- European Resuscitation Council. (2015). *European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015 – Section 6. Pediatric life support*. Niel: Elsevier Ireland Ltd.
- Olivira, M. S.; Valente, M.; Catarino, R. (2012). *Emergências – Pediátricas e obstétricas* (1ª ed.). Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.

Obrigado pela Atenção Vamos praticar



ANEXO III – PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO “SUPORTE DE VIDA PEDIÁTRICO –
AVALIAÇÃO INICIAL E PROTOCOLOS DE ATUAÇÃO” E RESPECTIVA AVALIAÇÃO.



PLANO DA FORMAÇÃO
Suporte de Vida Pediátrico

Tema: Suporte de Vida Pediátrico.

Preletor: Nuno Lopes – Mestrando do 3º Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

População Alvo: Enfermeiros das Unidades de Internamento de Pediatria, Berçário, Neonatologia, Urgência Pediátrica e Consulta Externa do Serviço de Pediatria do Hospital

Data: 21 e 28 de Junho e 8 de Julho de 2016, das 14 horas às 16:30.

Local: Sala Polivalente do Hospital

Duração: 2 horas e 30 minutos.

Objetivos:

- Atualização da formação dos enfermeiros em Suporte de Vida Pediátrico;
- Desenvolver conhecimentos sobre o Triângulo de Avaliação Pediátrico – PAT;
- Desenvolver conhecimentos sobre a Abordagem ABCDE;
- Conhecer os novos Algoritmos e orientações de 2015 do European Resuscitation Council – ERC, no Suporte de Vida Pediátrico;
- Praticar as manobras de Reanimação Cardiopulmonar – RCP, do algoritmo de Suporte de Vida Pediátrico.

ESTRUTURA DA SESSÃO	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
Introdução	→ Apresentação do preletor e da sessão; → Introdução da ação de formação e objetivos;	Expositivo	Power-Point	5 min

1

Desenvolvimento	→ Triângulo de Avaliação Pediátrico; → Abordagem ABCDE; → O que mudou de 2010 para 2015; → Algoritmo de Reanimação intra-hospitalar; → Algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico; → Algoritmo de Suporte Avançado de Vida Pediátrico – ritmos não desfibriláveis; → Cuidados pós-reanimação;	Expositivo	Power-Point	60 min
Conclusão	→ Síntese; → Prática do Algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico com os manequins de simulação de Reanimação cardiopulmonar; → Avaliação da sessão.	Expositivo Ativo Participativo	Power-Point, manequins de simulação de Reanimação cardiopulmonar.	60 min

Avaliação da sessão: Ficha de Avaliação da Ação de Formação (elaborada pelo preletor) entregue aos enfermeiros que participaram na sessão.

Observações: Preenchimento do Registo de Presenças da Formação em Serviço de Enfermagem, do Departamento de Desenvolvimento Profissional, pelos enfermeiros que participaram nas ações.

Santarém, 20 de Junho de 2016

2

Avaliação da formação

Suporte de Vida Pediátrico

Durante o período de estágio na unidade de Pediatria foi realizada uma formação aos pais de crianças até aos 6 anos de idade, com o tema “Suporte de Vida Pediátrico – Avaliação inicial e Protocolos de atuação”, com o objetivo de promover a capacitação parental.

Esta formação foi considerada como importante para todo o Serviço de Pediatria pela Enfermeira Chefe da unidade de Pediatria, pelo que foi alargada às unidades de Urgência Pediátrica, Berçário, Neonatologia e Consulta Externa de Pediatria. Foram organizadas 3 sessões diferentes, nos dias 21 e 28 de Junho e 8 de Julho de 2016, de forma a obter uma participação o mais ampla possível dos enfermeiros, a divulgação da formação foi efetuada em todas as unidades. A formação foi considerada como formação em serviço, tendo sido preenchidos os impressos da Formação em Serviço de Enfermagem do Departamento de Formação do Hospital.

A formação teve a duração de 150 minutos, consistindo numa primeira parte teórica que incluiu a visualização de pequenos filmes com a demonstração de algumas técnicas, e uma parte de prática do algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico. A formação decorreu na Sala Polivalente do Hospital.

No final da formação foi entregue uma Ficha de avaliação da ação de formação, elaborada por mim, com o objetivo de conhecer a adequação da formação às expectativas dos enfermeiros e o desempenho enquanto formador.

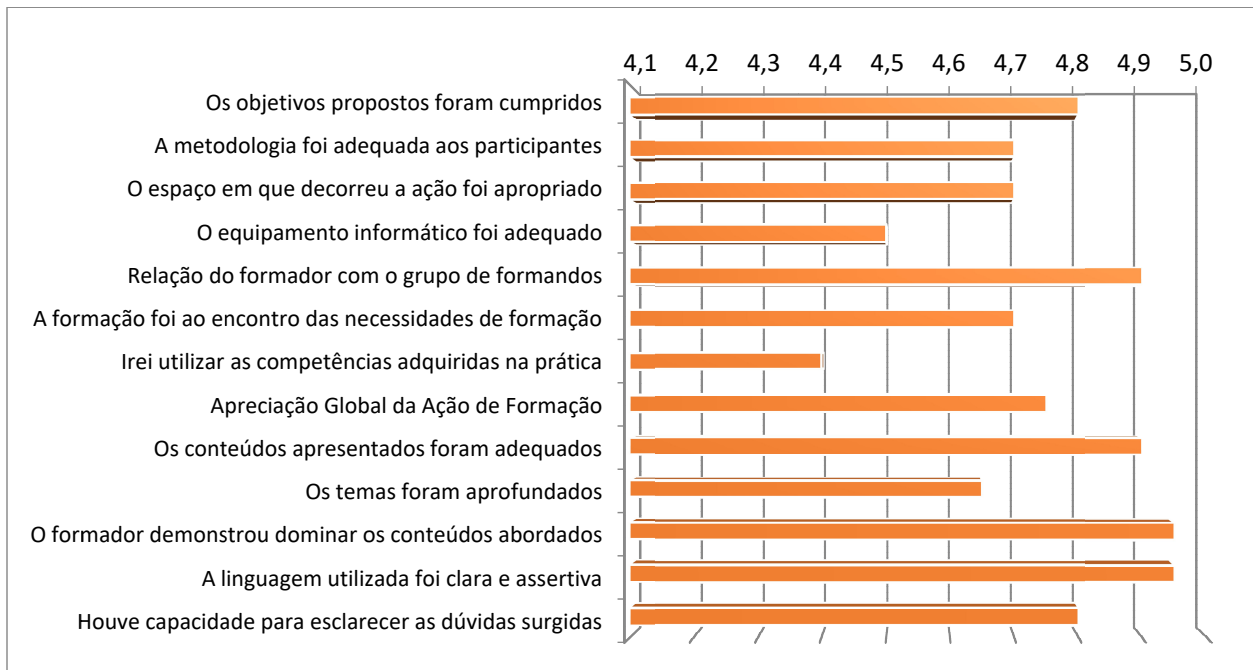
A ação de formação teve uma boa receptividade por parte dos enfermeiros, tendo participado 30 enfermeiros no total. Deste universo, foram obtidas 20 respostas à Ficha de avaliação da formação.

As perguntas da Ficha de avaliação da formação eram constituídas por uma escala de Likert de 5 valores, correspondendo a 1 – muito insatisfeito, 2 – insatisfeito, 3 – satisfeito, 4 – muito satisfeito e 5 – excelente. No final existia uma questão aberta para observações.

Para a análise dos dados foi calculada a média dos valores atribuídos pelos enfermeiros que participaram na formação e responderam à Ficha de avaliação da mesma.

De forma global os enfermeiros avaliaram muito positivamente a formação, tendo obtido valores médios de 4,40, na questão “Irei utilizar as competências adquiridas na prática”, a 4,95 nas questões “O formador demonstrou dominar os conteúdos abordados” e “A linguagem utilizada foi clara e assertiva”.

Gráfico 1 – Média da avaliação por cada questão



O valor mais alto obtido foi 5 – excelente e o mais baixo foi 3 – satisfeito, que foi obtido nas questões “A metodologia foi adequada aos participantes”, “O equipamento informático foi adequado”, “Irei utilizar as competências adquiridas na prática”, “Os temas foram aprofundados”, “Houve capacidade para esclarecer as dúvidas surgidas”.

Relativamente à questão aberta para observações não houve respostas, mas no final das formações os enfermeiros verbalmente expressaram que gostaram da formação e que gostariam que formações sobre este tema fossem mais frequentes.

A questão sobre a utilização das competências adquiridas na prática foi a que teve a pontuação média mais baixa (4,40), possivelmente por parte dos enfermeiros pertencerem às unidades de Neonatologia e Berçário, não colocando em prática estas competências no seu trabalho diário.

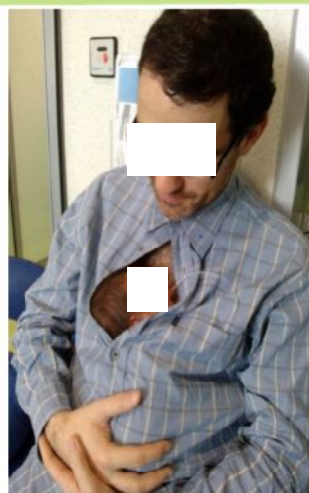
ANEXO IV – FORMAÇÃO À EQUIPA DE ENFERMAGEM “MÉTODO MÃE-CANGURU”.

Método Mãe-Canguru

Nuno Lopes – Aluno 3º Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Porquê do tema

- O método Mãe-Canguru promove e reforça a vinculação parental e aumenta o sentimento de confiança dos pais nos cuidados que prestam (OMS, 2003; Neves, Ravelli e Lemos, 2010; Barbosa *et al*, 2013; Boundy *et al*, 2015).
- A teoria da vinculação de afirma que a interação mãe-criança é central na vida das crianças (Bowlby, 1982, citado por Verissimo *et al*, 2011).
- A segurança da vinculação surge associada a um funcionamento social mais adaptado (Verissimo *et al*, 2011).
- A criança que percebe o seu prestador de cuidados como disponível e responsivo irá tendencialmente sentir-se mais segura e confiante em novos contextos (Rose-Krasnor, Rubin, Booth, & Coplan, 1996, citados por Verissimo *et al*, 2011).
- A experiência pessoal.



Objetivos

- Sensibilizar para a utilização do Método Mãe-Canguru.
- Desenvolver conhecimentos sobre o Método Mãe-Canguru (MMC).

Método Mãe-Canguru

- Surge por volta de 1979 na Colômbia.
- Implementado pelos médicos Edgar Sanabria e Hector Martinez.
- Instituto Materno-Infantil de Bogotá.
- Originalmente, este método previa o uso contínuo da temperatura corporal da mãe ou do pai.
- Alternativa à falta de incubadoras para recém-nascidos pré-termo que apenas necessitavam de apoio na alimentação e ganho de peso/crescimento.

(OMS, 2003; Neves, Ravelli e Lemos, 2010; Barbosa *et al*, 2013)

Método Mãe-Canguru

Colocação do recém-nascido em contato com o peito da mãe:

- Promover maior estabilidade térmica do recém-nascido, substituindo as incubadoras;
- Promover a amamentação materna exclusiva;
- Permitir alta precoce, alta hospitalar após 48 horas de contacto pele a pele no hospital;
- Menor taxa de infeção hospitalar;
- Melhor qualidade da assistência com menor custo para o sistema saúde.

(OMS, 2003; Neves, Ravelli e Lemos, 2010; Barbosa *et al*, 2013)

Método Mãe-Canguru

- Inicialmente implementado em países com poucos recursos.
- Verificou-se que a técnica não só trouxe os benefícios dos objetivos iniciais como promoveu e melhorou a vinculação mãe-filho.
 - ↳ Razão pela qual começou a expandir-se para outros países, tornando-se cada vez mais utilizado nos cuidados neonatais.
- Pode ser utilizado em todos os contextos, mesmo quando existe a utilização de meios tecnologicamente avançados.

(OMS, 2003; Neves, Ravelli e Lemos, 2010; Barbosa *et al*, 2013)

Benefícios

- O Método Mãe-canguru tem demonstrado ser um método seguro e de baixos custos;
- É um fator de proteção contra uma variedade de situações;
- Tem o potencial de prevenir complicações nos recém-nascidos prematuros e tem potenciais benefícios nos recém-nascidos de termo;
- Diminui a morbidade e a mortalidade (principalmente em prematuros e recém-nascidos de baixo peso);
- Melhora a estabilidade dos sinais vitais: Temperatura, FC, FR, SpO2, Glicémia;

(OMS, 2003; Neves, Ravelli e Lemos, 2010; Barbosa *et al*, 2013; Boundy *et al*, 2015)

Benefícios

- Promove o aleitamento materno;
- Promove a vinculação parental;
- Promove o ganho de peso e o crescimento;
- Acalma a dor;
- Diminui as readmissões hospitalares;
- Diminui as infecções e a permanência na incubadora;
- Não há qualquer evidência de consequências negativas na utilização do método.



(OMS, 2003; Neves, Ravelli e Lemos, 2010; Barbosa *et al*, 2013; Boundy *et al*, 2015)

Como realizar:

MÉTODO MÃE-CANGURU



O que é

O método de cuidados Mãe-Canguru consiste na colocação do bebé pré-termo pele-com-pele com a mãe.

Tem como principais características:

- ↳ Contacto precoce, contínuo e prolongado pele-com-pele entre a mãe e o bebé;
- ↳ Amamentação exclusiva (idealmente);
- ↳ Ser iniciado no hospital e pode ser continuado em casa;
- ↳ Os bebés pequenos podem ter alta precoce, mas as mães necessitam de um suporte adequado e acompanhamento;
- ↳ Ser um método que permite resguardar da agitação rotineira experienciada nas unidades de neonatologia.

OMS (2003)

Quando começar

- O contacto pele-com-pele deve ser encorajado o mais precocemente possível.
- Pode ser iniciado nos recém-nascidos prematuros e de baixo peso.
- O início deve ser após avaliação individual da situação do bebé e da mãe.
- Pode ter de ser adiado o início do MMC até o bebé ter condições para ser colocado em contacto pele-com-pele com a mãe.



OMS (2003)

Como começar – Mãe

- Todas as mães (ou pais) podem fazer o MMC, independentemente da idade, ou outros fatores socioeconómicos.
- Este método pode ser particularmente benéfico em mães adolescentes ou com fatores de risco social.
- Descreva à mãe o MMC: benefícios, a posição, opções de alimentação, os cuidados que pode fazer ao bebé, o que pode ou não fazer durante o método, cuidados em casa.
- Quando a mãe e o bebé tiverem condições para iniciarem o MMC, combine com a mãe a altura mais conveniente para iniciar o mesmo.

OMS (2003)

Como começar – Mãe

Quando aconselhar a mãe tenha em consideração:

- ↳ A mãe deve ter vontade de fazer o Método Mãe-canguru;
- ↳ Disponibilidade da mãe, ou do pai ou outro familiar (avós), para estar a fazer o contato pele-com-pele;
- ↳ Se a mãe teve complicações durante a gravidez ou no parto deve recuperar antes de fazer o método Mãe-canguru;
- ↳ A mãe deve ter possibilidade de estar com o bebé, se possível, deve poder permanecer internada até alta do bebé.



OMS (2003)

Como começar – Bebé

- Quase todos os recém-nascidos (RN) podem fazer MMC, os RN doentes ou que necessitem de cuidados especiais podem ter de aguardar até iniciar o MMC.
- Os RN podem iniciar o MMC por pequenos períodos enquanto ainda necessitam de tratamentos (medicação EV, oxigenoterapia, CPAP), até terem condições para fazerem MMC por longos períodos.
- A primeira sessão é importante, pelo que o enfermeiro deve ter disponibilidade para apoiar a mãe.
- Esclarecer a mãe da importância de como fazer o MMC, e que este contato pele-com-pele é importante na manutenção da temperatura e proteção de doenças do RN.



OMS (2003)

Vestuário da Mãe

- A mãe pode vestir a roupa que achar mais cómoda, atendendo à temperatura ambiente, que permita acomodar o bebé, em contato pele-com-pele, de forma firme e confortável.

Faixa de suporte:

- Não é fundamental para realizar o MMC.
- A faixa ajuda a mãe a manter o bebé seguro e bem posicionado, libertando as duas mãos e dando-lhe liberdade para se movimentar.
- A faixa deve ser de um tecido suave e pode ter vários formatos.



OMS (2003)

Vestuário do Bebé

- Quando a temperatura ambiente for entre os 22°C-24°C, o bebé pode ser colocado em MMC nu, apenas com a fralda, meias e gorro.
- Quando a temperatura for inferior a 22°C, o bebé deve, também, vestir uma camisola/colete que se possa abrir à frente e permitir o contato pele-com-pele.
- A mãe deve depois tapar o bebé com a sua roupa.



OMS (2003)

A Posição

- O bebé deve ser colocado no peito da mãe, de cabeça para cima, virado peito com peito.
- Quando está seguro com a faixa, o topo da faixa deve ficar abaixo na orelha do bebé.
- A cabeça deve ficar de lado, em ligeira extensão. Esta posição permite assegurar a permeabilidade da via aérea e o contato visual entre a mãe e o bebé.
- Evite que a cabeça fique numa posição de flexão ou hiperextensão.
- Os membros devem ficar abertos e em flexão (posição de "sapo").



OMS (2003)

A Posição – Como colocar

- Demonstre à mãe como colocar e retirar o bebé da faixa.
- Segure o bebé com uma mão sob o pescoço. Com os dedos suporte a cabeça, para não se fletir (obstruindo a via aérea) quando posicionar o bebé.
- Coloque a outra mão sob as coxas/dorso.
- Coloque o bebé, virado para a mãe, sobre o seu peito.
- Coloque a faixa firmemente que permita segurar o bebé quando a mãe está em pé.



OMS (2003)

A Posição

- A parte mais apertada da faixa deve ficar sobre o peito. O abdómen não deve ser comprimido e deve ficar ao nível do epigastro da mãe.
 - ↳ Esta posição permite a respiração abdominal do bebé. A respiração da mãe estimula o bebé.
- Os bebés podem receber a maioria dos cuidados na posição MMC. Só é necessário retirar o bebé do contato pele-com-pele para:
 - ↳ Mudar a fralda, higiene e cuidados ao cordão;
 - ↳ Avaliação clínica e cuidados/tratamentos específicos.



OMS (2003)

Duração

- O contato pele-com-pele deve começar gradualmente.
- Sessões de MMC com menos de 60 minutos devem ser evitadas, porque as mudanças frequentes tornam-se stressantes para o bebé.
- A duração do contato pele-com-pele vai aumentando gradualmente até ser o mais contínuo possível.
- Quando a mãe e o bebé estão confortáveis, o contato pele-com-pele pode continuar o máximo possível, primeiro no hospital e depois em casa.
- O bebé após as 40 semanas (idade gestacional) ultrapassa gradualmente a necessidade do MMC. Começa a mostrar que está insatisfeito, mexendo-se muito e chora quando se põe em MMC.

OMS (2003)

Duração

- Durante o dia a mãe pode transportar o bebé em MMC enquanto quiser e fazer o que gostar.
- Pode andar ou estar sentada a fazer alguma atividade que goste.
- Uma cadeira ou sofá confortável e ajustável ajuda a mãe a estar confortável durante o dia.
- A mãe pode dormir com o bebé em posição do MMC, devendo a mãe ficar numa posição reclinada, de pelo menos 15°.



OMS (2003)

Alimentação

- Os bebés com menos de 32 semanas (idade gestacional) são, geralmente, alimentados por sonda nasogástrica. A alimentação pode ser feita durante o MMC.
- Os bebés com mais de 30 semanas (idade gestacional) podem começar a ser alimentados com o copo. Nesta situação o bebé deve ser retirado da posição do MMC para ser alimentado, retomando depois o MMC.



OMS (2003)

Alimentação

- Quando os bebés começam a mamar não necessitam de sair do MMC, podendo ser colocados diretamente à mama.
- Na fase inicial da amamentação a mãe necessita de muito apoio.
- A mãe deve ser esclarecida que pode amamentar durante o MMC e que isto pode facilitar a amamentação e aumentar a produção de leite.



OMS (2003)

Monitorização do Bebé

Temperatura:

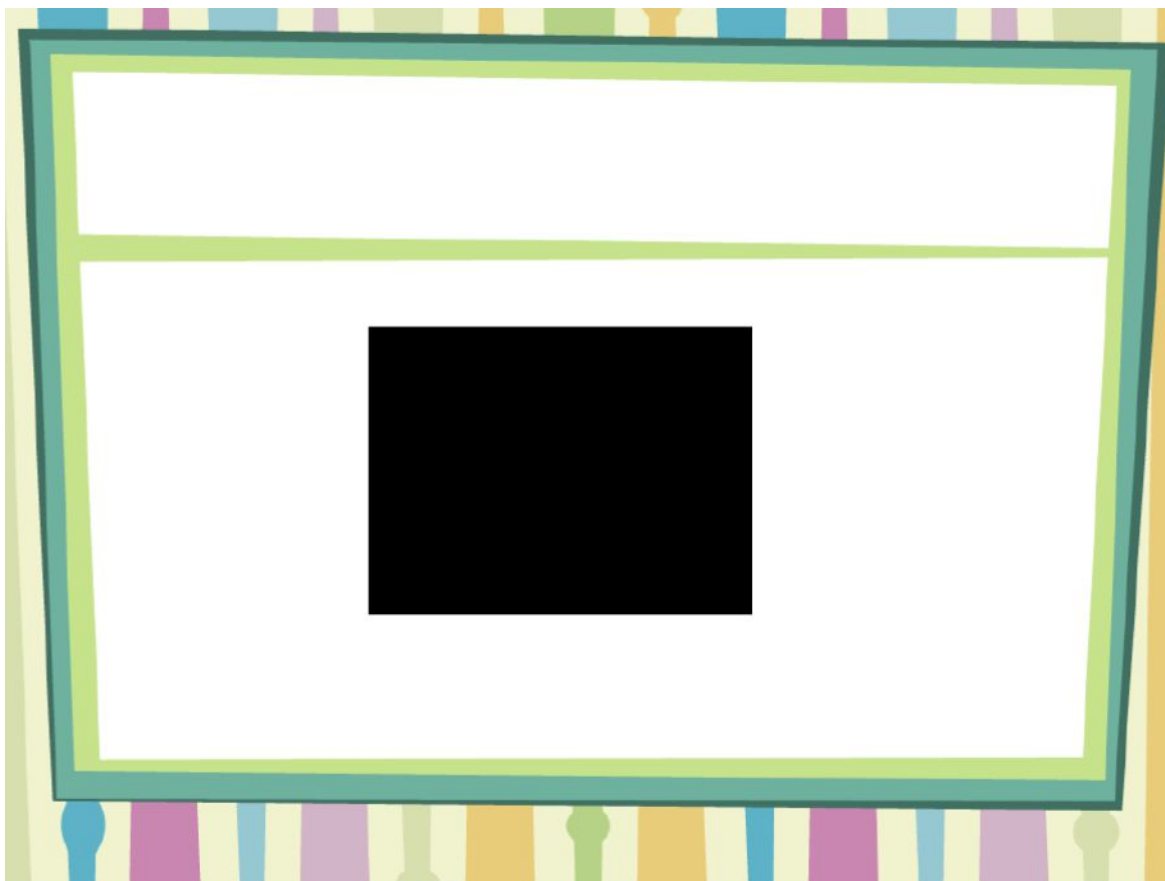
- Um bebé que se alimenta bem consegue facilmente manter a temperatura corporal normal (entre 36,5°C 37°C) durante o MMC.
- No entanto, a avaliação da temperatura continua a ser necessária.
- Quando inicia o MMC a avaliação da temperatura deve ser mais regular (por ex. antes e depois), depois pode ser mais espaçada.

Respiração e bem-estar:

- Ensinar a mãe sobre a respiração normal do bebé (no pré-termo varia entre 30 a 60 cpm) e a reconhecer: apneias > a 20 segundos; cianose; bradipneia (< a 20 cpm) ou bradicardia (< a 60 bpm).



OMS (2003)



Bibliografia

- Barbosa, A. (2013). *Método canguru: conhecimentos, crenças e práticas dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Boundy, E.; Dastjerdi, R.; Spiegelman, D.; Fawzi, W.; Missmer, S.; Lieberman, E.; Kajeepeta, S.; Wall, S.; Chan, G. (2015). Kangaroo mother care and neonatal outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics*. Acedido em: <http://content.early/2015/12/22/peds.2015-2238.full.html>
- Neves, P.; Ravelli, A.; Lemos, J. (2010). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre. 31(1). pp. 48-54.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2003). *Kangaroo mother care: a practical guide*. Department of Reproductive Health and Research. Geneva, Suíça.
- Verissimo, M.; Fernandes, C.; Santos, A.; Peceguina, I.; Vaughn, B.; Bost, K. (2011). A Relação entre a Qualidade da vinculação à mãe e o desenvolvimento da competência social em crianças de idade pré-escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 24 (2), pp. 292-299.

ANEXO V – PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO “MÉTODO MÃE-CANGURU” E RESPETIVA
AVALIAÇÃO.



PLANO DA FORMAÇÃO
Método Mãe-Canguru

Tema: Método Mãe-Canguru.

Preletor: Nuno Lopes – Mestrando do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

População Alvo: Enfermeiros das unidades de Neonatologia, Pediatria e Cuidados Intermédios Pediátricos do Hospital

Data: 19 de Outubro de 2016, das 14:30 horas às 15:20.

Local: Sala de formação/reuniões do Serviço de Pediatria do Hospital

Duração: 50 minutos.

Objetivos:

- Sensibilizar para a utilização do Método Mãe-Canguru;
- Desenvolver conhecimentos sobre o Método Mãe-Canguru.

ESTRUTURA DA SESSÃO	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
Introdução	→ Apresentação do preletor e da sessão; → Introdução da ação de formação e objetivos;	Expositivo	Power-Point	5 min
Desenvolvimento	→ O Método Mãe-Canguru; → Benefícios;	Expositivo	Power-Point	30 min

1

	→ Como realizar: Como começar – Mãe e Bebê; Vestuário; A posição; Duração; Alimentação e Monitorização do Bebê.			
Conclusão	→ Síntese; → Espaço de discussão para esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências; → Avaliação da sessão.	Expositivo Ativo Participativo	Power-Point	15 min

Avaliação da sessão: Ficha de Avaliação da Ação de Formação (elaborada pelo preletor) entregue aos enfermeiros que participaram na sessão.

Observações: Preenchimento do Registo de Presenças da Formação em Serviço de Enfermagem, do Departamento de Desenvolvimento Profissional, pelos enfermeiros que participaram nas ações.

Santarém, 22 de Setembro de 2016

2

Avaliação da formação

Método Mãe-Canguru

Durante o período de estágio na unidade de Neonatologia foi realizada uma formação aos enfermeiros sobre o tema Método Mãe-Canguru, com o objetivo de promover a atualização de conhecimentos nesta área.

Esta formação foi considerada como importante para todo o Serviço de Pediatria pela Enfermeira Chefe do mesmo, pelo que foi alargada às unidades de Pediatria e Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos. A formação foi realizada numa data posterior ao estágio na Neonatologia para permitir a participação de uma maior número de enfermeiros. A formação foi considerada como formação em serviço, tendo sido preenchidos os impressos da Formação em Serviço de Enfermagem do Departamento de Formação do Hospital.

A formação teve a duração de 50 minutos, consistindo numa primeira parte teórica e finalizada com a visualização de um filme em que é realizado o Método Mãe-Canguru, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, com um pai e um recém-nascido prematuro em Ventilação Não Invasiva. A formação decorreu na Sala de reuniões/formação do Serviço de Pediatria.

No final da formação foi entregue uma Ficha de avaliação da ação de formação, elaborada por mim, com o objetivo de conhecer a adequação da formação às expectativas dos enfermeiros e o desempenho enquanto formador.

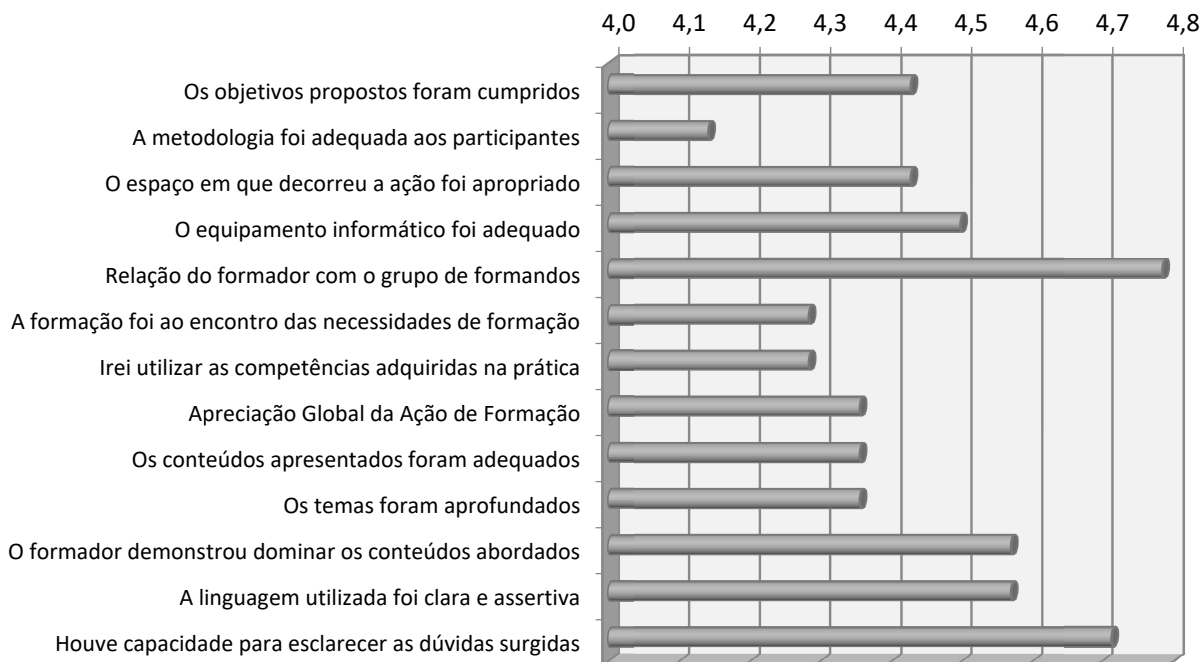
A ação de formação teve uma boa receptividade por parte dos enfermeiros, tendo participado 15 enfermeiros no dia 19 de Outubro. Deste universo, foram obtidas 14 respostas à Ficha de avaliação da formação.

As perguntas da Ficha de avaliação da formação eram constituídas por uma escala de Likert de 5 valores, correspondendo a 1 – muito insatisfeito, 2 – insatisfeito, 3 – satisfeito, 4 – muito satisfeito e 5 – excelente. No final existia uma questão aberta para observações.

Para a análise dos dados foi calculada a média dos valores atribuídos pelos enfermeiros que participaram na formação e responderam à Ficha de avaliação da mesma.

De forma global os enfermeiros avaliaram muito positivamente a formação, tendo obtido valores médios de 4,14, na questão “A metodologia foi adequada aos participantes”, a 4,79 na questão “Relação do formador com o grupo de formandos”.

Gráfico 1 – Média da avaliação por cada questão

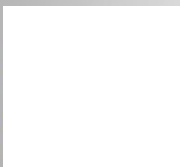


O valor mais alto obtido foi 5 – excelente e o mais baixo foi 3 – satisfeito, que foi obtido nas questões “A metodologia foi adequada aos participantes”, “O espaço em que decorreu a ação foi apropriado”, “A formação foi ao encontro das necessidades de formação”, “Irei utilizar as competências adquiridas na prática”, “Os conteúdos apresentados foram adequados” e “Os temas foram aprofundados”.

Relativamente à questão aberta para observações não houve respostas.

A questão sobre a adequação da metodologia aos participantes foi a que teve a pontuação média mais baixa (4,14) o que revela que a metodologia poderia ter sido desenvolvida de forma a ser mais adequada, embora não tenha havido sugestões pelos formandos, poderia ter sido realizada uma parte de demonstração prática sobre como realizar o Método Mãe-Canguru. Nas questões sobre se a formação foi de encontro às necessidades e a utilização das competências adquiridas na prática a média também foi comparativamente baixa (4,29 em cada), o que pode estar relacionado com o facto de alguns dos enfermeiros presente estarem habitualmente no Internamento de Pediatria e na Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria, só colocando em prática as competências adquiridas quando é necessário realizar turnos na Neonatologia.

ANEXO VI – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “COMPORTAMENTO DA CRIANÇA NA
1ª INFÂNCIA”.



“A SEGUIR AO AMOR A
DISCIPLINA É A SEGUNDA
DÁDIVA MAIS IMPORTANTE
QUE OS PAIS PODEM DAR
À CRIANÇA.” BRAZELTON

Nuno Lopes - Aluno 3º Mestrado em Enfermagem de Saúde
da Criança e do Jovem

- Aquilo que a criança mais precisa é sentir-se amada.
- Em 2º lugar necessita de alguém que imponha limites à sua vontade e, ao mesmo tempo, a faça sentir-se protegida e segura.
- O equilíbrio contínuo entre o amor e a disciplina proporciona à criança um desenvolvimento baseado na segurança, levando à formação de adultos mais felizes.



- Disciplinar significa “ensinar” e não “castigar”.
- O castigo pode ser necessário em certas ocasiões, mas deve seguir-se imediatamente ao mau comportamento que lhe deu origem, ser breve e respeitar os sentimentos da criança.

A autodisciplina é o objetivo da disciplina e passa por 3 fases:

Experimentar os limites por meio da exploração;

Arreliar os outros, para provocar neles um sentido claro do que está bem e do que não está;

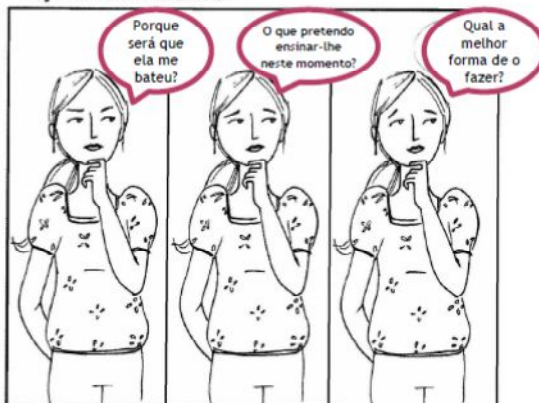
Interiorizar esses limites anteriormente desconhecidos.



EM VEZ DE SE LIMITAR A REAGIR...



FAÇA AS TRÊS PERGUNTAS



- ◉ Estabelecer limites às crianças de uma forma consistente e eficaz é uma das tarefas mais difíceis que os pais têm.
- ◉ As crianças carecem de disciplina e tentam abusar para obrigar os pais a impor limites.
- ◉ Elas começam a explorar o que é e não é permitido, com uma sensação de excitação e de medo à medida que se aventuram mais.
- ◉ Se não são disciplinadas podem tornar-se ansiosas, esforçando-se por obrigar os pais a impor limites, pois não conseguem impô-los a si próprias.

Quando os pais trabalham fora detestam ser coercivos no pouco tempo que passam em casa.

Mas os filhos aguardaram para experimentarem o seu comportamento provocatório num ambiente de segurança e amor.

A sua necessidade de obter limites é ainda mais importante quando os pais estão ausentes.

- É na 1ª infância que as crianças começam a aprender as regras e boas maneiras.
- Embora a maioria dos pais não tenha consciência de que estão a ensinar-lhe estas lições.
- O papel dos pais como exemplo para os filhos é essencial.
- Nos primeiros anos de vida a criança aprende através da imitação dos comportamentos dos seus modelos, que maioritariamente são os pais.



- Quando uma criança apresenta qualquer indecisão, tem tendência a repetir o seu comportamento, ou até a reforçá-lo.
- Com uma criança, na 1ª infância, podemos passar o dia todo a dizer-lhe “não” e ela a provocar-nos.
- Se os pais guardarem a disciplina para os assuntos importantes - para aquilo realmente grave - serão capazes de ser firmes e decisivos.
- A criança saberá isso e a disciplina resultará.

EM VEZ DE DAR CASTIGOS DE IMEDIATO



DÊ INÍCIO A UMA CONVERSA



- No desenvolvimento da criança há comportamentos que parecem demasiado descontrolados, mas que são normais.
- Se os pais reagirem demasiado nesta fase exploratória podem acabar por reforçá-los.
- Estas primeiras “experiências” podem não ser mal-intencionadas.
- Quando se reage veementemente a criança não sabe porquê. Por isso volta a experimentar para saber porque motivo obteve tal reação.
- O comportamento que de início não tinha importância pode tornar-se compulsivo e extraordinariamente excitante.
- Esse comportamento desencadeia nos pais tanta irritação que se gera um ciclo repetitivo, em que a criança e os pais entram num círculo vicioso.



EM VEZ DE CULPAR E CRITICAR...



PARTA EM BUSCA DO PORQUÊ



Desenvolvimento do comportamento:

As birras e o comportamento violentamente negativo começam cerca dos 18 meses e prolongam-se até aos 3 a 4 anos.

Nesta idade surge um surto de independência que é natural e muito importante.

A criança está a tentar separar-se dos pais para aprender a tomar as suas próprias decisões.

As crianças quando estão a aprender as regras, têm de experimentar todas as possibilidades.

Durante esta fase a oportunidade de experimentar esses limites e a sua própria autonomia é importante para o seu desenvolvimento.

Não é possível evitar todas as birras, por isso não tentem fazê-lo.

- Não tentem obrigá-la a aceitar o que querem transmitir enquanto estiver a fazer a birra.

A criança não é capaz de interiorizar nada neste estado de agitação.

- O importante é tentar estabelecer ligação com a criança e ajudá-la a acalmar.

Só aí estará recetiva para aceitar o que os pais lhe querem transmitir.

BIRRAS

- Muitas vezes é preferível certificarem-se que ele não se magoa, nem estraga nada (como por ex. se estiver numa loja).
- Por vezes, quando os pais se afastam, a birra ou o comportamento pode acalmar.
- Daí a pouco voltem para junto dele, peguem-lhe e acarinhem-no, sentem-se com ele e abracem-no para o ajudar a acalmar.

EM VEZ DE UMA INDULGÊNCIA ILIMITADA...

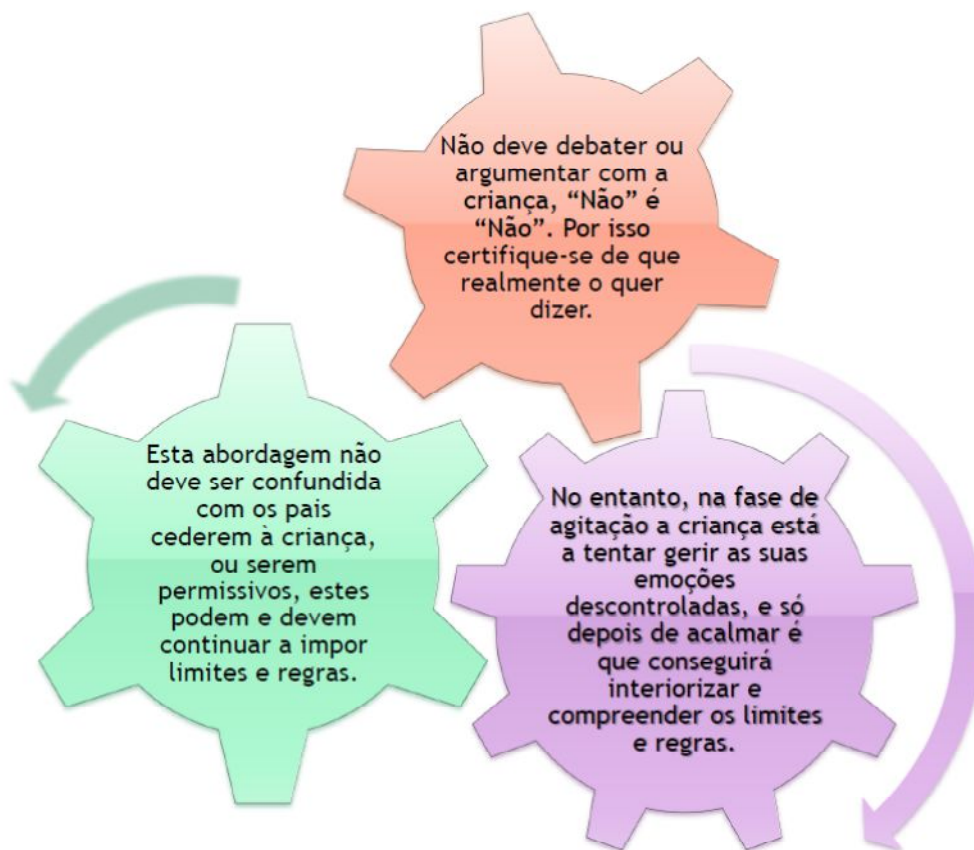


ESTABELEÇA LIMITES COM CARINHO



- Depois de a criança acalmar esta já está recetiva para ouvir o que os pais querem transmitir.
- Quando ele já estiver em condições de ouvir expliquem qual foi o comportamento que não esteve correto e porquê, para a criança conseguir fazer a relação, e que estarão sempre ao seu lado, mesmo quando está descontrolado e insuportável e que tem sempre o seu apoio.
- Mantenha a calma e permaneça objetivo ao disciplinar a criança. Use um tom de voz firme e calmo.





O OBJETIVO FINAL É QUE QUEREMOS QUE OS NOSSOS FILHOS SAIBAM QUE TERÃO AQUILO QUE NECESSITAM, MESMO QUE NEM SEMPRE POSSAM TER O QUE QUEREM.

EM VEZ DE DAR ORDENS E EXIGIR...

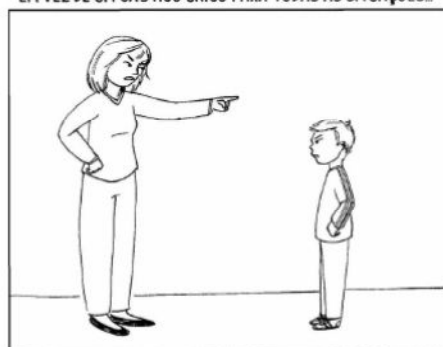


ESTABELEÇA UMA LIGAÇÃO ENQUANTO ESTABELECE LIMITES



- ◉ Quando os pais definem as regras e limites que as crianças devem cumprir é importante que sejam adequadas à idade e ao desenvolvimento.
- ◉ Não é adequado pedir a uma criança de 2 anos que fique 1 hora sossegada a fazer uma atividade.

EM VEZ DE UM CASTIGO ÚNICO PARA TODAS AS SITUAÇÕES...

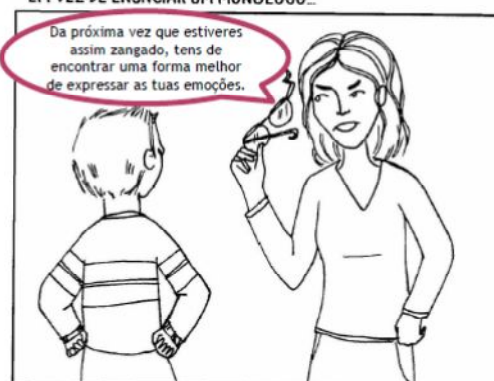


AJUDE-O A GANHAR O HÁBITO DE FAZER BOAS ESCOLHAS



- ◉ Quando é necessário aplicar um castigo, este também deve ser sempre adequado à idade e ao desenvolvimento.
- ◉ Por ex. se utilizar a técnica de “time-out” deve ser em média de 1 minuto por ano de idade da criança.

EM VEZ DE ENUNCIAR UM MONÓLOGO...



INCLUA O SEU FILHO NA DISCIPLINA



Lembrem-se de elogiar a criança quando ela não está a proceder mal!



"COMO É QUE NUNCA SOU PEGO FAZENDO COISA BOA?"



- A criança deve saber que para um seu desejo a resposta seja SIM e para outro desejo seja NÃO.
- O aprender a lidar com os "Nãos" que os pais e a vida vão apresentando às crianças vão-na fortalecendo e desenvolvendo a sua capacidade de resistência à frustração.
- Mais tarde, como adulto, será fundamental para aceitar as coisas que tem que fazer por obrigação, ou por necessidade, mas que não pode balizar a sua vida pela sua vontade ou não de fazer.
- O NÃO, é fundamental para a construção de um "EU" que aceita que a vida não gira à sua volta e que é necessário muito sacrifício para a satisfação das necessidades e vontades individuais.

EM VEZ DE UM RETUMBANTE NÃO...



TENTE UM SIM COM UMA CONDIÇÃO





Infelizmente, sujeitos às tensões do dia-a-dia, os pais acham difícil ir ao encontro das necessidades dos filhos, pensam que é preciso dar-lhes o mundo.



Esquecendo-se que para os filhos o mundo são os pais.

E que muitas vezes o que eles necessitam é apenas de um pouco de tempo, amor, carinho e segurança.



Mais importante que a quantidade de tempo que passa com os seus filhos é a qualidade do tempo que passa com eles.



ANEXO VII – O PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “COMPORTAMENTO DA CRIANÇA NA 1ª INFÂNCIA” E RESPETIVA AVALIAÇÃO.



PLANO DA FORMAÇÃO
Parentalidade, na área da disciplina e afetos

Tema: Comportamento da criança na 1ª infância.

Preletor: Nuno Lopes – Mestrando do 3º Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

População Alvo: Pais das crianças internadas na Unidade de Internamento de Pediatria do Hospital

Data: 21 e 28 de Junho e 8 de Julho de 2016, das 11 horas às 11:30.

Local: Sala de adolescente da Unidade de Internamento de Pediatria

Duração: 30 minutos.

Objetivos:

- Promover a capacitação parental dos pais de crianças até aos 6 anos, nas áreas da disciplina e afetos;
- Educar sobre o comportamento da criança na 1ª infância;
- Educar sobre estratégias de disciplina;
- Educar sobre a importância dos limites e regras no desenvolvimento da criança.

ESTRUTURA DA SESSÃO	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
Introdução	→ Apresentação do preletor e da sessão; → Introdução sobre o significado de disciplina e importância do tema;	Expositivo	Computador da sala dos adolescentes (Power-Point)	2 min

1

Desenvolvimento	→ Desenvolvimento psicológico e comportamento da criança na 1ª infância; → Estratégias de disciplina para abordar os comportamentos da criança na 1ª infância; → Importância de elogiar os bons comportamentos;	Expositivo Participativo	Computador da sala dos adolescentes (Power-Point)	20 min
Conclusão	→ Importância do "Não", limites, regras e adversidades no desenvolvimento da criança na 1ª infância; → A importância dos afetos para a disciplina; → Síntese e avaliação da sessão.	Expositivo Ativo Participativo	Computador da sala dos adolescentes (Power-Point)	8 min

Recursos adicionais: Distribuição de folheto com informação para a promoção da capacitação parental na área da disciplina e afetos.

Avaliação da sessão: Ficha de Avaliação da sessão (modelo da Unidade de Internamento de Pediatria) entregue aos pais que participaram na sessão. Ficha de Avaliação da Sessão pelo Dinamizador (modelo da Unidade de Internamento de Pediatria) a preencher pelo dinamizador da sessão.

Observações: Preenchimento do Plano de Sessão (modelo da Unidade de Internamento de Pediatria).

Santarém, 20 de Junho de 2016

2

Avaliação da formação

Comportamento da criança na 1ª infância

Durante o período de estágio na unidade de Pediatria foi realizada uma formação aos pais de crianças até aos 6 anos de idade, com o tema “Comportamento da criança na 1ª infância”, com o objetivo de promover a capacitação parental.

Foram organizadas 3 sessões diferentes, nos dias 21 e 28 de Junho e 8 de Julho de 2016, de forma a obter uma participação o mais ampla possível. Com o objetivo de promover a adesão às sessões de educação para a saúde foi feito o convite pessoalmente às mães e pais das crianças.

As sessões decorreram na Sala de Adolescentes da unidade de Pediatria. Tiveram uma duração de 40 minutos, constituindo a primeira parte com a apresentação em PowerPoint e depois foi dado espaço aos pais para colocarem questões, em que estes participaram com algumas dúvidas em que utilizaram a sua experiência pessoal. No final os pais preencheram a Ficha de Avaliação da sessão, um modelo interno do Internamento de Pediatria. Para dar cumprimento ao protocolo da unidade também preenchi a o Plano de Sessão e a ficha de Avaliação da Sessão pelo Dinamizador, os modelos em utilização no internamento de Pediatria.

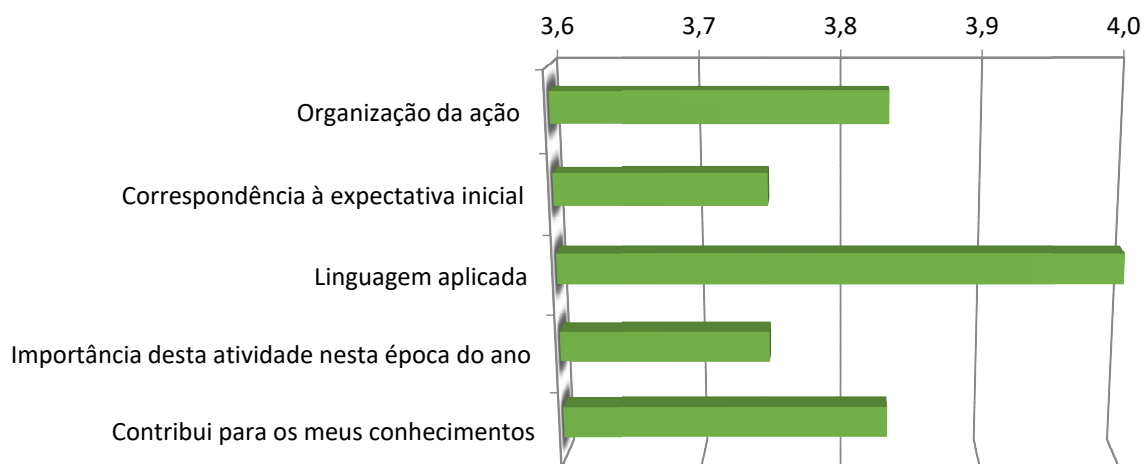
A sessão de educação teve uma boa recetividade, tendo participado um total de 9 mães e pais, correspondendo a cerca de 70% dos pais com crianças até aos 6 anos internadas nestas datas. Os enfermeiros da equipa também demonstraram interesse no tema, tendo assistido às sessões de educação para a saúde, tendo tido a participação de 4 enfermeiros. A Educadora de infância do Serviço de Pediatria também se mostrou interessada e assistiu a uma das sessões. Deste universo, foram obtidas 12 respostas à Ficha de Avaliação das sessões de educação para a saúde.

As perguntas da Ficha de Avaliação da formação eram constituídas por uma escala de Likert de 4 valores, correspondendo a 1 – insatisfatória, 2 – pouco satisfatória, 3 – satisfatória e 4 – muito satisfatória.

Para a análise dos dados foi calculada a média dos valores atribuídos pelos participantes nas sessões e responderam à Ficha de Avaliação das mesmas.

De forma global, as sessões de educação para a saúde, foram avaliadas muito positivamente, tendo obtido valores médios de 3,75, nas questões “Correspondência à expectativa inicial” e “Importância desta atividade nesta época do ano”, a 4,00 na questão “Linguagem aplicada”.

Gráfico 1 – Média da avaliação por cada questão



O valor mais alto obtido foi 4 – muito satisfatória e o mais baixo foi 3 – satisfatória, em que a questão “Linguagem aplicada” apenas teve avaliação de 4 – muito satisfatória.

Em relação à avaliação da sessão pelo dinamizador foi feita uma avaliação muito satisfatória na globalidade dos itens avaliados. As áreas em que a avaliação foi satisfatória foram as instalações, os recursos materiais disponibilizados e a sessão ter decorrido de forma planeada. Relativamente às instalações e materiais disponibilizados está relacionado com o espaço e recursos do Internamento de Pediatria, mas embora estes não fossem os mais satisfatórios foi possível adequá-los para as sessões decorrem em boas condições. Sobre as sessões não terem decorrido como planeado, no início o plano era apresentar primeiro a apresentação e depois permitir aos pais a colocação de dúvidas, no entanto, os pais foram colocando as questões e utilizando exemplos pessoais conforme estava a decorrer a sessão. Apesar de não ter sido a planificação inicial acabou por ser uma estratégia positiva, pois permitiu aos pais serem muito participativos, colocando dúvidas e utilizando exemplos e a experiência pessoal em cada momento, tendo terminado a sessão muito satisfeitos por terem podido esclarecer as suas dúvidas. Esta organização da sessão também foi possível por serem sessões com poucos pais de cada vez, o que permitiu uma maior relação de proximidade.

ANEXO VIII – FOLHETO DE PROMOÇÃO DA CAPACITAÇÃO PARENTAL NA ÁREA DA
DISCIPLINA.

Página 8

Lembre-se de elogiar a criança quando ela não está a proceder mal, "Olha para ti. Estás realmente a tentar controlar-te, não estás? Estou muito orgulhoso de ti."



(Siegel e Bryson, 2015)

Infelizmente, sujeitos às tensões do dia-a-dia, os pais acham difícil ir ao encontro das necessidades dos filhos, pensam que é preciso dar-lhes o mundo. Esquecendo-se que para os filhos o mundo são os pais, e que muitas vezes o que eles necessitam é apenas de um pouco de tempo, amor, carinho e segurança. Mais importante que a quantidade de tempo que passa com os seus filhos é a qualidade do tempo que passa com eles.

Elaborado por: Nuno Lopes, Aluno do 3º Mestrado em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem
 Bibliografia: Brazelton, T. B. (2009). O grande livro da criança. Lisboa: Editorial Presença ;
 Maia, L. (2004). Educar sem bater. Lisboa: Pactor ;
 Siegel, D., Bryson, T. (2015). Disciplina sem dramas. Alfragide: Lua de Papel.

A seguir ao amor a disciplina é a segunda dádiva mais importante que os pais podem dar à criança



O que a criança mais precisa é sentir-se amada. Em segundo lugar necessita de alguém que imponha limites à sua vontade e, ao mesmo tempo, a faça sentir-se protegida e segura.

O equilíbrio contínuo e verdadeiro entre o amor e a disciplina proporcionam à criança contextos de desenvolvimento baseados na segurança, proporcionando contextos de formação de adultos mais felizes.

Disciplinar significa "ensinar" e não "castigar". O castigo pode ser necessário à disciplina em certas ocasiões, mas deve seguir-se imediatamente ao mau comportamento que lhe deu origem, deve ser breve e respeitar os sentimentos da criança.

Página 2

A autodisciplina é o objetivo da disciplina e passa por 3 fases:

1. experimentar os limites por meio da exploração;
2. irritar os outros, para provocar neles um sentido claro do que está bem e do que não está;
3. interiorizar esses limites anteriormente desconhecidos.

É na 1ª infância que as crianças começam a aprender as regras e boas maneiras, embora a maioria dos pais não tenha consciência de que estão a ensinar-lhe estas lições.

Os pais compreendem a importância de estabelecer limites às crianças, no entanto, fazê-lo de uma forma consistente e eficaz é uma das tarefas mais difíceis que estes têm.

As crianças carecem de disciplina e tentam abusar para obrigar os pais a impor limites, elas começam a explorar o que é ou não permitido, com uma sensação de excitação e de medo à medida que se aventuram mais. Se não são disciplinadas podem tornar-se ansiosas, esforçando-se por obrigar os pais a impor limites, pois não conseguem impô-los a si próprias.

Quando os pais trabalham fora detestam ser coercivos no pouco tempo que passam em casa, mas os filhos aguardaram para experimentarem o seu comportamento provocatório num ambiente de segurança e amor. A sua necessidade de obter limites é ainda mais importante quando os pais estão ausentes.

O papel dos pais como exemplo para os filhos é essencial. Nos primeiros anos de vida as crianças aprendem, especialmente, através da imitação dos comportamentos dos seus modelos, que maioritariamente são os pais.

Por vezes as crianças parecem irritar os pais com coisas que realmente não têm grande importância. Os pais são apinhados na indecisão – Vale a pena dizer-lhe/fazer alguma coisa? – Quando uma criança apresenta as indecisões, tem tendência a repetir o seu comportamento, ou até a reforçá-lo.



Com uma criança, de 2 a 5 anos, podemos passar o dia todo a dizer-lhe "não" e ela a provocar-nos. Se os pais guardarem a disciplina para os assuntos importantes – para aquilo realmente grave (por ex.: segurança da criança) – serão capazes de ser firmes e decisivos, a criança saberá isso e a disciplina resultará.



(Siegel e Bryson, 2015)

Página 7

Quando as crianças recebem sempre tudo o que querem perdem a oportunidade de ultrapassarem experiências difíceis, de desenvolverem resiliência e de aprenderem importantes lições de vida, como obter gratificação adiada, ter de trabalhar por alguma coisa, saber lidar com o desapontamento.

Se a criança sempre tiver tudo desenvolve a ideia de que irá ter uma vida livre de sofrimento e, por consequência, corre o risco de se tornar incapaz de se desembaraçar sozinha quando a vida não se revelar como tinha antecipado.



(Siegel e Bryson, 2015)

Página 6

Idade	Comportamento	Estratégias
4 a 6 anos	Uma imaginação fértil e o uso do pensamento fantasioso ajudam a criança a explorar o seu mundo sem os perigos de cair em exageros, e é sinal de saúde emocional. As brincadeiras e a imaginação são necessárias para aprender quais os seus limites. Um dos campos que a criança tem de explorar é o significado da mentira e do roubo. Estes comportamentos poderão ser normais entre os 4 e 5 anos e podem ser oportunidades para os pais ensinarem aos filhos a responsabilidade que têm para com os outros. Para evitar estes hábitos são necessários muitos ensinamentos, feitos com calma, e uma aprendizagem que demora tempo.	A principal dificuldade que os pais sentem quando estes comportamentos se manifestam pela primeira vez é a de controlarem a sua própria hiper-reação. O que fazer quando mente ou rouba: Tentem compreender as circunstâncias desse episódio, mostrem à criança que confiam nela e procurem entender os seus motivos. Não reagem violentamente e evitem castigá-la. Nesta idade a consciência está a começar a despontar, a culpa surge depois do acto e como resposta ao reconhecimento ou reprovação. Estabeleça regras simples sobre a partilha com os outros. Ensinar-lhe carinhosamente o sentido de posse, impondo-lhe ao mesmo tempo limites firmes nesse domínio, terá resultados muito mais eficazes. Quando os pais exageram nas suas críticas ou castigos, ou quando se enganam nas acusações que fazem, devem admitir isso perante a criança. Devem usar isso como uma oportunidade para lhe explicarem como ficam ansiosos quando ela mente ou rouba. Se os pais estão realmente preocupados devem procurar uma avaliação profissional. Estes episódios precisam de ser devidamente encarados e não suprimidos sem se procurar as suas causas.

É importante os pais adequarem-se às situações e não ser sempre "chapa 4" para tudo. A criança deve ser educada para que saiba que para um seu desejo a resposta seja "SIM" e para outro desejo seja "NÃO".

Aprender a lidar com os "NÃOS" fortalece a criança e desenvolve nela a capacidade de resistência à frustração, que representa a necessidade de a criança se desenvolver a saber que há "coisas" que quereria ter ou fazer, mas que não pode.

O "NÃO" é fundamental para o desenvolvimento de uma criança que aceita que a vida não gira à volta da vontade de cada indivíduo e é necessário muito sacrifício para a satisfação das necessidades e vontades individuais.

(Siegel e Bryson, 2015)

Página 3

Ao longo do desenvolvimento há tipos de comportamento que parecem demasiado descontrolados. Se os pais reagirem demasiado nesta fase exploratória podem acabar por reforçá-los. Estas primeiras "experiências" podem não ser mal-intencionadas.

Quando os adultos reagem veementemente a criança não sabe porquê. Por isso volta a experimentar esse comportamento, como se precisasse de ver porque obteve tal reação da primeira vez.

O comportamento que de início não tinha importância pode tornar-se compulsivo e extraordinariamente excitante. Esse comportamento desencadeia nos adultos tanta irritação que se gera um ciclo repetitivo, em que a criança e os pais entram num círculo vicioso.

Quando os pais definem as regras e limites que as crianças devem cumprir é importante que sejam adequados à idade e desenvolvimento da criança (por ex. não é adequado pedir a uma criança de 2 anos que fique 1 hora sossegada a fazer uma atividade).

Quando é necessário aplicar um castigo à criança, este também deve ser sempre adequado à idade e desenvolvimento da mesma.

As crianças, de 4 a 6 anos têm um forte desejo de imitar as ações daqueles com quem convivem. Para elas, aprender a fazer as coisas por si torna-se demasiado importante para concordar com as ordens dos pais.

Nesta fase, se os pais disserem com autoritarismo "faz isto", "faz aquilo" as crianças irão reagir negativamente. Os pais devem aproveitar o desejo das crianças em imitá-los e simplesmente darem o exemplo aos filhos, ensinando o comportamento aceitável.

EM VEZ DE CULPAR E CRITICAR

PARTA EM BUSCA DO PORQUÊ

Idade	Comportamento	Estratégias
12 a 15 meses	Podem morder ou dar beliscões, no rosto ou nos membros, para explorar a sensação de morder e a reação das pessoas e como fazem reagir.	Quando ele morder deve afastá-lo com firmeza, mas sem reagir exageradamente. Se necessário retire-o do colo e dizer-lhe que voltará a pegá-lo para o abraçar, mas não para ser mordido.

Página 4

Idade	Comportamento	Estratégias
16 meses a 2 anos	Pode tentar morder, puxar o cabelo ou arranhar outras crianças. Está a aprender sobre elas e como chamar a sua atenção, pode ser uma forma de reagir por não conhecer a outra criança ou pelo seu desejo de a querer conhecer.	Se os pais reagirem mal assustarão ambas as crianças. A criança que foi mordida precisa de ser confortada, mas também de compreender que a outra está a tentar conhecê-la. A que mordeu também precisa de ser confortada pois pode estar assustada pelo seu acto e/ou pela reação da outra criança. Devem pegar-lhe ao colo e explicar-lhe que isso faz doer e que a outra criança não gostou e outros modos de se aproximar dessa criança. É importante fazê-la compreender que a afastarão desse comportamento se não se conseguir controlar. Se o comportamento continuar junto-a a outra criança com os mesmos hábitos e da mesma idade e elas aprenderão uma com a outra que esse comportamento faz doer.
2 a 3 anos	As birras e o comportamento violentamente negativo começam por esta idade e prolongam-se até aos 3 anos. No 2º e 3º anos de vida surge um surto de independência que é natural e muito importante. A criança está a tentar separar-se dos pais para aprender a tomar as suas próprias decisões.	Não é possível evitar todas as birras, por isso os pais não devem tentar fazê-lo. Não tentem obrigá-la a aceitar o que querem transmitir enquanto estiver a fazer a birra, ela não é capaz de interiorizar nada neste estado de agitação. O importante é tentar estabelecer ligação com a criança e ajudá-la a acalmar, pois só aí está receptiva para aceitar o que os pais lhe querem transmitir. Nas birras muitas vezes é preferível certificarem-se que a criança não se magoa, nem estraga nada (como por ex. se estiver numa loja). Por vezes, quando os pais se afastam, a birra ou o comportamento pode acalmar. Daí a pouco voltem para junto dela, peguem-lhe e acarinhem-na, sentem-se com ela e abracem-na para o ajudar a acalmar.

Página 5

Idade	Comportamento	Estratégias
2 a 3 anos	As crianças quando estão a aprender as regras, têm de experimentar todas as possibilidades. Durante esta fase a oportunidade de experimentar esses limites e a sua própria autonomia é importante para o seu desenvolvimento.	Esta abordagem não deve ser confundida com os pais cederem à criança, ou serem permissivos, estes podem e devem continuar a impor limites e regras. No entanto, na fase de agitação a criança está a tentar gerir as suas emoções descontroladas, só depois de acalmar é que conseguirá interiorizar e compreender os limites e regras. O objetivo final é que queremos que os nossos filhos saibam que terão aquilo que necessitam, mesmo que nem sempre possam ter o que querem.
4 a 6 anos	Algumas crianças nesta idade atiram coisas ao chão ou destroem-nas em acessos de fúria. Ao fim do dia ou noutra altura em que se sintam cansados podem perder o controlo.	Primeiro façam que a criança entenda que não pode fazer isso. Abracem-na com força para que ela sossegue e recupere o controlo. Sentem-se com ela ao colo até estar suficientemente calma para ouvir, depois conversem com ela sobre o motivo que a levou a fazer isso, e por que razão não pode fazê-lo. Assegurem-lhe que tentarão ajudá-la antes de ela perder o controlo. Peçam-lhe que vos diga o que poderão fazer para a deter.

EM VEZ DE UMA INDULGÊNCIA ILIMITADA.

ESTABELEÇA LIMITES COM CARINHO

(Siegel e Bryson, 2015)

ANEXO IX – PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA “MÉTODO MÃE-
CANGURU E INTERAÇÃO PAIS/RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS: QUAIS OS
BENEFÍCIOS?”.

Revisão Integrativa de Literatura

Título

Método Mãe-Canguru e interação pais/recém-nascidos prematuro: Quais os benefícios?

Autores

Lopes, Nuno¹

Ferreira, Regina²

- 1 Mestrando em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem na Escola Superior de Saúde de Santarém - Instituto Politécnico de Santarém
- 2 Professora Doutora na Escola Superior de Saúde de Santarém - Instituto Politécnico de Santarém

Corresponding author:

Nuno Lopes – e-mail: nunorodrigolopes@net.sapo.pt

Questão de investigação

Quais os benefícios do Método mãe-canguru para a interação pais/recém-nascido prematuro?

Objetivo

Conhecer a evidência científica sobre possíveis benefícios na interação pais/recém-nascido prematuro que realizaram o Método mãe-canguru.

Descritores

Os descritores utilizados foram validados através da plataforma MeSH Browser 2016, sendo os seguintes: Enfermagem / Nursing (nurs*), Parentalidade / Parenting, Método Mãe-Canguru / Kangaroo-Mother Care.

Critérios de inclusão

Participantes

Pais e recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso.

Intervenções de interesse

Relação entre o Método mãe-canguru e a interação pais/recém-nascido prematuro.

Contexto

Relações familiares, interação pais/recém-nascido e neonatologia.

Resultados

Benefícios do Método mãe-canguru para a interação pais/recém-nascido prematuro.

Tipo de estudos

Estudos qualitativos e quantitativos. Textos teóricos.

Estratégia de pesquisa

Foi feita a pesquisa, em Setembro de 2016, de artigos com texto completo livre, publicados nos últimos 10 anos (2006-2016), em português, inglês e espanhol, nas seguintes bases de dados:

Bases de dados científicas incluídas na pesquisa:

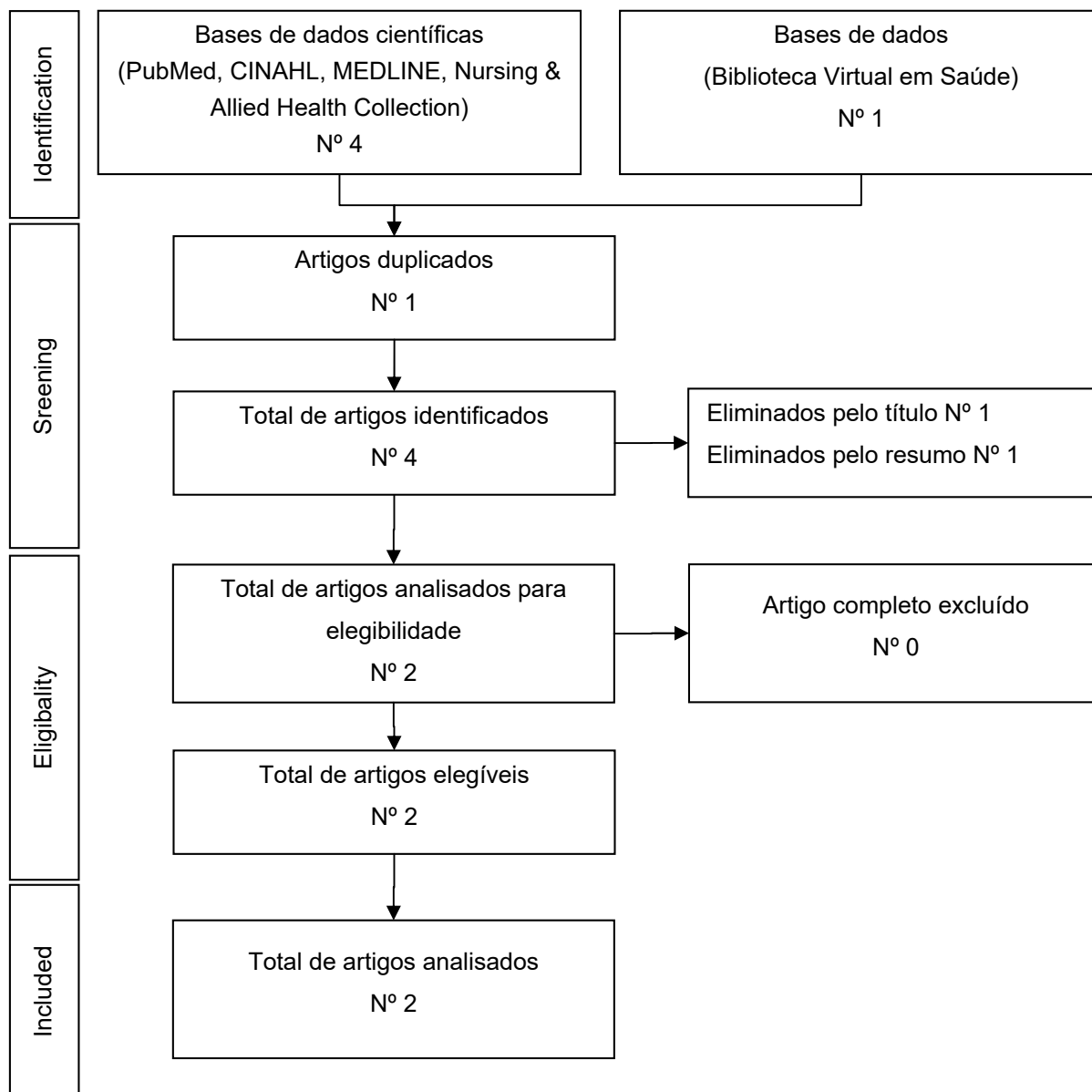
- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) (via EBSCO);
- MEDLINE (via EBSCO);
- National Library of Medicine (PubMed);
- Nursing & Allied Health Collection (via EBSCO).

Bases de dados incluídas na pesquisa:

- Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A pesquisa foi realizada com os descritores isolados e com a associação AND de 2 e por fim os 3 descritores em conjunto. A tabela com os resultados de pesquisa dos descritores por cada base de dados é apresentada no Apêndice I.

O resumo do processo de pesquisa é apresentado de seguida através do esquema Prisma.



Com a estratégia de pesquisa foram encontrados 2 artigos que cumpriram os critérios de pesquisa estabelecidos.

Extração de dados

Os artigos encontrados que cumpriram os critérios de inclusão foram lidos na íntegra e foi feita a extração de dados para as tabelas no Apêndice II.

Conflitos de interesse

Os autores não têm conflitos de interesses a declarar.

Bibliografia

Blomqvist, Y. T.; Rubertsson, C.; Kylberg, E., Jöreskog, K.; Nyqvist, K. H. (2011). Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *Journal of Advanced Nursing*. 68 (9), pp. 1988–1996.

Neu, M.; Robinson, J. (2010). Maternal holding of preterm infants during the early weeks after birth and dyad interaction at six months. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 39 (4), pp. 401-414.

Apêndice I: Quadro de pesquisas

	PubMed	CINAHL (via ESBCHO)	MEDLINE (via ESBCHO)	Nursing & Allied Health Collection (via ESBCHO)	Biblioteca Virtual da Saúde
Nurs*	52266	159840	718159	201794	134181
Parenting	4468	2996	20063	4239	8520
Kangaroo-Mother Care	127	34	349	19	186
Nurs* + Parenting	358	410	630	972	512
Nurs* + Kangaroo- Mother Care	36	10	25	8	50
Parenting + Kangaroo- Mother Care	2	0	4	1	2
Nurs* + Parenting + Kangaroo-Mother Care	2	0	1	1	2

Apêndice II: Quadro resumo dos artigos

Artigo	Maternal Holding of Preterm Infants During the Early Weeks After Birth and Dyad Interaction at Six Months.
Autores Periódico Ano	Neu, M.; Robinson, J. J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2010
Objetivos do artigo	Analisar se a intervenção de enfermagem de promoção do Método mãe-canguru, em bebés prematuros saudáveis, durante as primeiras semanas de vida facilita a co-regulação entre mãe e bebé aos 6 meses de idade.
Desenho do Estudo Material e métodos	Estudo randomizado controlado A avaliação dos sintomas depressivos e da ansiedade das mães foi efetuada durante o internamento em UCIN. Nos bebés com 6 meses de idade, foi utilizado o Procedimento da Cara Imóvel para avaliar a interação mãe-bebé. Foi avaliada a co-regulação das respostas durante os episódios de jogo do Procedimento da Cara Imóvel e a vitalidade nos esforços da criança para voltar a enlaçar a mãe durante a parte de face neutra do Procedimento da Cara Imóvel. Como parte do desenho do estudo, o grupo de controle teve menos horas de visita do que os outros grupos.
População Amostra e Participantes Contexto	Díades mãe-bebé prematuro de 5 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de 1 cidade média do oeste dos Estados Unidos da América. 65 díades com idade gestacional média ao nascimento de 33 semanas, formando 3 grupos com métodos de contenção/"colo" diferentes: grupo do Método mãe-canguru; grupo de contenção/"colo" com cobertor (criança ao colo embrulhada num cobertor) e grupo de controlo (sem especificação do tipo e duração da contenção/"colo"). Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.
Colheita de dados Tratamento e análise	Questionário demográfico às mães. Avaliação de: sintomas depressivos nas mães com a Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale; ansiedade das mães com a State-Trait Anxiety Inventory; interação mãe-bebé e a resposta do bebé a uma mudança repentina, inesperada nas expressões emocionais maternas com o Still Face Paradigm; co-regulação mãe-bebé durante a interação pré face-neutra e pós face-neutra do Procedimento da Cara Imóvel com o Fogel Scoring System for Still Face Observation; vitalidade infantil durante o período de face neutra com o Infant Regulatory Scoring System. A proporção de tempo despendido na interação simétrica, assimétrica e unilateral foi calculada nas fases de face materna pré e pós-neutra. A proporção de tempo que a criança passou em tentativas de atenção positiva e negativa foi usada para determinar a vitalidade infantil durante a fase de face neutra). Utilizou-se a análise multivariada de covariância (MANCOVA) para determinar as diferenças na interação simétrica, assimétrica e unilateral nos períodos pré e pós-neutra e para

	determinar as diferenças nas tentativas positivas e negativas dos lactentes durante o período de face neutra. As variáveis demográficas que diferiram entre os grupos foram utilizadas como covariáveis na análise.
Principais resultados	A depressão é relatada como comprometendo a interação materno-infantil e a depressão basal entre os grupos diferiu, pelo que a análise foi conduzida com a depressão como covariável. As duas variáveis que mostraram diferença foram a proporção de co-regulação simétrica e assimétrica. As díades do grupo “mãe-canguru” apresentaram uma co-regulação mais simétrica e menos assimétrica do que as díades no grupo “cobertor” e uma tendência para um comportamento mais simétrico e uma co-regulação menos assimétrica do que as díades no grupo de controlo. Os recém-nascidos do grupo “mãe-canguru” gastaram 28,5% (± 23,7) na reunião de 2 minutos, pós face neutra, apresentando comportamentos positivos, comparados com 9,6% (± 10,9) no grupo “cobertor” e 21,8% (± 24,8) no grupo controle. Durante a fase de face neutra a vitalidade positiva e negativa pode ser avaliada como a tentativa infantil para a atenção materna. A vitalidade positiva e negativa foi comparada entre os grupos usando o teste MANCOVA com a depressão materna e o sexo infantil como covariáveis. Nenhuma diferença foi encontrada entre os grupos.
Conclusões	Os resultados deste estudo acrescentam apoio à literatura sobre o Método Mãe-canguru que afirma que as díades mãe-bebé prematuro que vivenciam o Método Mãe-canguru nos primeiros dias ou semanas de vida, exibem uma interação melhor da díade do que as díades que não receberam o Método Mãe-canguru. Os achados também sugerem que a utilização do Método Mãe-canguru pode sobrepor os efeitos negativos da depressão materna no relacionamento inicial da díade. Existem 2 pontos fortes importantes neste estudo: o Método Mãe-canguru foi comparada com a utilização de conteção/”colo” com cobertor, tendo as mães recebido quantidades idênticas e monitorizadas de atenção e orientação, pelos profissionais, nas primeiras semanas de vida, e no que diz respeito ao método de “colo”; e o grupo de controlo que recebeu visitas breves e com registo do tempo de “colo”, teve tempos de “colo” semelhantes aos outros grupos que receberam mais apoio.

Artigo	Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role.
Autores Periódico Ano	Blomqvist, Y. T.; Rubertsson, C.; Kylberg, E., Jöreskog, K.; Nyqvist, K. H. Journal of Advanced Nursing 2011
Objetivos do artigo	Descrever as experiências dos pais ao fornecer o Método mãe-canguru aos seus recém-nascidos prematuros.
Desenho do Estudo Material e métodos	Estudo qualitativo e descritivo Durante a permanência do recém-nascido na UCIN, os pais

	<p>preencheram um questionário, no qual uma pergunta convidava-os a participar numa entrevista. Após a alta dos recém-nascidos da UCIN foram convidados para uma entrevista os 12 primeiros pais que haviam respondido que queriam participar. As entrevistas variaram em duração de 15 a 60 minutos. No momento das entrevistas, os bebés tinham estado em casa entre 19 a 23 semanas</p>
<p>População Amostra e Participantes Contexto</p>	<p>Pais de recém-nascidos com idade gestacional de 28 semanas e 0 dias a 33 semanas e 6 dias e que não apresentavam risco de vida, internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) da Suécia. 7 pais (4 do hospital A e 3 do hospital B), 5 pais recusaram por falta de tempo depois de terem voltado ao trabalho. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</p>
<p>Colheita de dados Tratamento e análise</p>	<p>Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas e gravadas digitalmente durante 2009. No momento da entrevista, os bebés tinham atingido a idade corrigida de 4 meses \pm 2 semanas. Foi utilizado um guia de entrevista, baseado na experiência clínica dos autores e na literatura disponível. A pergunta inicial era: "Como você experimentou o internamento do seu bebé na UCIN?" De seguida a entrevista focalizou as experiências e opiniões dos pais sobre o Método Mãe-canguru. As entrevistas foram transcritas literalmente e, em seguida, analisadas de acordo com as questões de pesquisa utilizando análise qualitativa de conteúdo. A análise qualitativa de conteúdo, conforme descrita por Graneheim e Lundman (2004), foi utilizada neste estudo. Durante o processo de análise o grupo de pesquisa discutiu os resultados preliminares até obter um consenso, para fortalecer a confiabilidade dos resultados.</p>
<p>Principais resultados</p>	<p>Os pais eram todos os pais pela primeira vez, com idades entre os 25 e os 36 anos, casados ou em coabitação com a mãe da criança. 4 pais tiveram primeiro contato pele-a-pele com seu bebé no dia em que este nasceu, 2 no segundo dia de vida do bebé e 1 no quinto dia de vida do bebé. Durante a primeira semana de vida dos bebés, tanto as mães como os pais cuidaram de seus filhos com o Método Mãe-canguru, com uma média entre 467 e 1084 minutos por dia, a média para os pais foi entre 211 e 478 minutos por dia. Os bebés eram 1 rapariga e 6 rapazes, nasceram com uma idade gestacional entre 29 semanas e 3 dias e 33 semanas e 3 dias, com pesos à nascença entre 1315 g e 2500 g. O tempo de internamento variou entre 15 a 53 dias, com uma média de 27 dias.</p> <p>A partir da análise do conteúdo dos dados das entrevistas, surgiu um tema comum com quatro categorias e sub-categorias. O tema comum a todas as categorias foi: As oportunidades dos pais estarem perto dos seus filhos facilitou a realização de seu papel parental na UCIN.</p> <p>As quatro categorias e, respetivas sub-categorias, identificadas foram: Gerir a situação inesperada – Ajuda entre o pai e a mãe, Poderia ter</p>

	<p>sido diferente; Sentimentos relacionados ao tornar-se pai – Sentimentos relacionados com Método Mãe-canguru, Sentimentos sobre e para a criança, Sentimentos paternos; Experiência dos pais na divisão de papéis entre eles e o pessoal da UCIN – Experiência do seu papel de pais, Experiência dos pais sobre o papel do pessoal da UCIN; Aspectos práticos – Aplicação prática do Método Mãe-canguru, Acomodações.</p> <p>A oportunidade dos pais de estarem perto de seus filhos facilitou a realização de seu papel parental UCIN. O Método Mãe-canguru permitiu-lhes sentirem-se no controle e que eles estavam a fazer algo de bom para o seu bebê, embora o cuidado do bebê possa ser exigente e stressante. Como agentes ativos nos cuidados de seus bebês, alguns pais ficaram com a criança durante todo o internamento, outros permaneceram na UCIN durante todo o dia. Apesar da situação não desejada, eles adaptaram-se à sua situação e passaram o maior tempo possível com seus bebês.</p>
Conclusões	<p>As oportunidades dos pais para estarem perto de seus filhos, pelo Método Mãe-canguru, foram fundamentais para facilitar a realização do seu papel parental na UCIN e os ajudarem a lidar com esta situação inesperada. O ambiente físico e declarações conflitantes de pessoal da UCIN influenciaram sua oportunidade e experiência de cuidar de seus bebês prematuros.</p>

ANEXO X – FOLHETO PARA OS PAIS SOBRE O “MÉTODO MÃE-CANGURU”.

Vantagens

- Melhora a estabilidade dos sinais vitais: temperatura, frequência cardíaca e respiratória, etc.;
- Acalma a dor;
- Promove o aleitamento materno;
- Promove a vinculação parental;
- Promove o ganho de peso e o crescimento;
- Diminui as infeções e a permanência na incubadora;
- Diminui a morbilidade e a mortalidade (principalmente em prematuros e recém-nascidos de baixo peso);
- Não existe qualquer evidência de consequências negativas na utilização do método.



Vestuário do bebé

Com temperaturas entre 22°C - 24°C, o bebé pode ser colocado nu, apenas com a fralda, meias e gorro.

Com temperaturas inferiores a 22°C, o bebé deve, também, vestir uma camisola que se possa abrir à frente e permitir o contato pele-com-pele.

A mãe depois tapa o bebé com a sua roupa.

MÉTODO MÃE-CANGURU



E-n... pt

O Método Mãe-Canguru

Baseia-se na colocação do bebé pele-com-pele com a mãe, consistindo num:

- Contacto precoce, contínuo e prolongado pele-com-pele entre a mãe e o bebé;
- Amamentação exclusiva (idealmente);
- Ser iniciado no hospital e poder ser continuado em casa;
- Permite resguardar da agitação experienciada nas unidades de neonatologia.

Todas as mães (ou pais) podem fazer o Método Mãe-Canguru.

O contacto pele-com-pele deve ser encorajado o mais precocemente possível, podendo ser iniciado nos recém-nascidos prematuros e de baixo peso.



A Mãe pode amamentar durante o Método Mãe-Canguru.

Facilita a amamentação e aumentar a produção de leite.

Como colocar o seu bebé em Método Mãe-Canguru. Quanto tempo?

O bebé é colocado no peito da mãe, virado peito com peito.

A cabeça fica para cima e de lado, em ligeira extensão.

Permitindo assegurar a respiração e o contato visual entre a mãe e o bebé.



OMS, Kangaroo mother care: A practical guide (2003)



As pernas e os braços devem ficar abertas e em flexão.

O abdómen não deve ser comprimido e deve ficar ao nível do epigastro da mãe, o que permite a respiração abdominal do bebé.

A respiração da mãe estimula o bebé.

Devem-se evitar sessões de contato pele-com-pele com menos de 60 minutos, porque as mudanças frequentes tornam-se stressantes para o bebé.

Os bebés podem receber a maioria dos cuidados nesta posição.

Só é necessário retirar o bebé para: Mudar a fralda e higiene; Avaliação clínica e cuidados/tratamentos específicos.



OMS, Kangaroo mother care: A practical guide (2003)

Vista roupa cómoda que permita acomodar o bebé, em contato pele-com-pele, de forma firme e confortável.

Uma faixa de suporte para o bebé não é fundamental.

Ajuda a manter o bebé seguro e bem posicionado, libertando ambas as mãos.

Quando a mãe e o bebé estão confortáveis, o contato pele-com-pele pode continuar o máximo possível.



OMS, Kangaroo mother care: A practical guide (2003)

Primeiro no hospital e depois em casa.

ANEXO XI – CARTAZ PARA OS PAIS SOBRE A “DISCIPLINA”.

A seguir ao amor a disciplina é a segunda dádiva mais importante que os pais podem dar à criança. (Brazelton, 2009)

Aquilo que a criança mais precisa é sentir-se amada. Em segundo lugar necessita de alguém que imponha limites à sua vontade e, ao mesmo tempo, a faça sentir-se protegida e segura. O equilíbrio contínuo e verdadeiro entre o amor e a disciplina proporcionam à criança contextos de desenvolvimento baseados na segurança, proporcionando contextos de formação de adultos mais felizes. Estabelecer limites às crianças, de uma forma consistente e eficaz é uma das tarefas mais difíceis que os pais têm.



Estratégias parentais:

- Não é possível evitar todas as birras, por isso os pais não devem tentar fazê-lo.**
 - Não tentem obrigá-la a aceitar o que querem transmitir enquanto estiver a fazer a birra, ela não é capaz de interiorizar nada neste estado de agitação.
- É importante é tentar estabelecer ligação com a criança e ajudá-la a acalmar, pois só aí estará receptiva para aceitar o que os pais lhe querem transmitir.**
 - Mantenha a calma e permanença objetivo ao disciplinar a criança. Use um tom de voz firme e calmo.
- Nas birras muitas vezes é preferível certificarem-se que a criança não se magoa, nem estraga nada (como por ex. se estiver numa loja). Por vezes, quando os pais se afastam, a birra ou o comportamento pode acalmar.**
 - Dai a pouco voltem para a junto dela, peguem-lhe e acarinhem-na, sentem-se com ela e abracem-na para o ajudar a acalmar.
- Quando ele já estiver em condições de ouvir tentem explicar-lhe que compreendem como é difícil e que estarão sempre ao seu lado, mesmo quando está descontrolado e insuportável e que tem sempre o seu apoio.**
 - Depois de a criança acalmar esta já está receptiva para ouvir o que os pais querem transmitir.
- Não deve debater ou argumentar com a criança, "Não" e "Não". Por isso certifique-se de que realmente o quer dizer.**
 - Explique sempre qual foi o comportamento que não esteve correto e porquê, para a criança conseguir fazer a relação.



Quando os pais definem as regras e limites é importante que sejam adequados à idade e desenvolvimento da criança (por ex. não é adequado pedir a uma criança de 3 anos que fique 1 hora sossegada a fazer uma atividade). Quando é necessário aplicar um castigo, este também deve ser sempre adequado à idade e desenvolvimento da criança. Este tipo de abordagem não deve ser confundido com os pais cederem à criança, ou serem permissivos, estes podem e devem continuar a impor limites e regras. No entanto, na fase de agitação a criança está a tentar gerir as suas emoções descontroladas, só depois de acalmar é que conseguirá interiorizar e compreender os limites e regras. **O objetivo final é que queremos que os nossos filhos saibam que terão aquilo que necessitam, mesmo que nem sempre possam ter o que querem.**



É importante os pais adequarem-se às situações e não ser sempre "chefe 4" para tudo. A criança deve ser educada para que saiba que para um seu desejo a resposta seja "SIM" e para outro desejo seja "NÃO". Aprender a lidar com os "NÃOS" fortalece a criança e desenvolve nela a capacidade da resistência à frustração, que representa a necessidade de a criança se desenvolver a saber que há "coisas" que queraria ter ou fazer, mas que não pode.



LEMBREM-SE DE ELOGIAR A CRIANÇA QUANDO ELA NÃO ESTÁ A PROCEDER MAL.



Infelizmente, sujeitos às tensões do dia-a-dia, os pais acham difícil ir ao encontro das necessidades dos filhos, pensam que é preciso dar-lhes o mundo. Esquecendo-se que para os filhos o mundo são os pais, e que muitas vezes o que eles necessitam é apenas de um pouco de tempo, amor, carinho e segurança.



Mais importante que a quantidade de tempo que passa com os seus filhos é a qualidade do tempo que passa com eles.



Elaborado por: Nuno Lopes, Aluno do 2º Mestrado em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem. Bibliografia: Brazelton, T. S. (2009). O grande erro da criança. Lisboa: Editorial Presença; Maia, L. (2011). Educar sem bater. Lisboa: Factor; Siegel, D.; Bryson, T. (2011). Disciplina sem dramas. Alfragide: Lua de Papel.

ANEXO XII – PROTOCOLO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA “COMPETÊNCIAS
PARENTAIS NA ÁREA DA DISCIPLINA: COMO AVALIAR?”

Protocolo de Revisão Sistemática de Literatura

Título

Competências parentais na área da disciplina: como avaliar?

Autores

Lopes, Nuno¹

Ferreira, Regina²

- 1 Mestrando em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem na Escola Superior de Saúde de Santarém - Instituto Politécnico de Santarém
- 2 Professora Doutora na Escola Superior de Saúde de Santarém - Instituto Politécnico de Santarém

Corresponding author:

Nuno Lopes

Email: nunorodrigolopes@net.sapo.pt

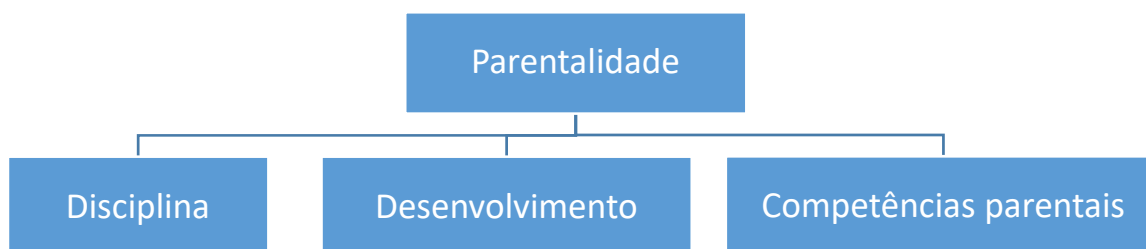
Questão de investigação

Quais as competências parentais na área da disciplina, nos pais de crianças em idade pré-escolar?

Objetivo

Conhecer a evidência científica sobre a avaliação das competências parentais na área da disciplina, nos pais de crianças em idade pré-escolar.

Concetualização



Descritores

Os descritores utilizados foram validados através da plataforma MeSH Browser 2017, sendo os seguintes: Enfermagem / Nursing (nurs*), Parentalidade / Parenting, Inquéritos / Surveys, Criança pré-escolar / Child, Preschool.

Critérios de inclusão

Participantes

Pais de crianças até os 5 anos, inclusive (idade pré-escolar).

Intervenções de interesse

Inquéritos de avaliação das competências parentais, incluindo a área da disciplina.

Contexto

Família, competências parentais, relações familiares.

Resultados

Tipo de estudos

Estudos quantitativos.

Estratégia de pesquisa

Foi feita a pesquisa, em Maio de 2017, de artigos publicados nos últimos 10 anos (2007-2017), nas bases de dados ProQuest e BVS artigos publicados nos últimos 5 anos (2012-2017) devido ao número elevado de resultados quando usado os 10 anos, com texto completo livre, em português, inglês e espanhol, nas seguintes bases de dados:

Bases de dados científicas incluídas na pesquisa:

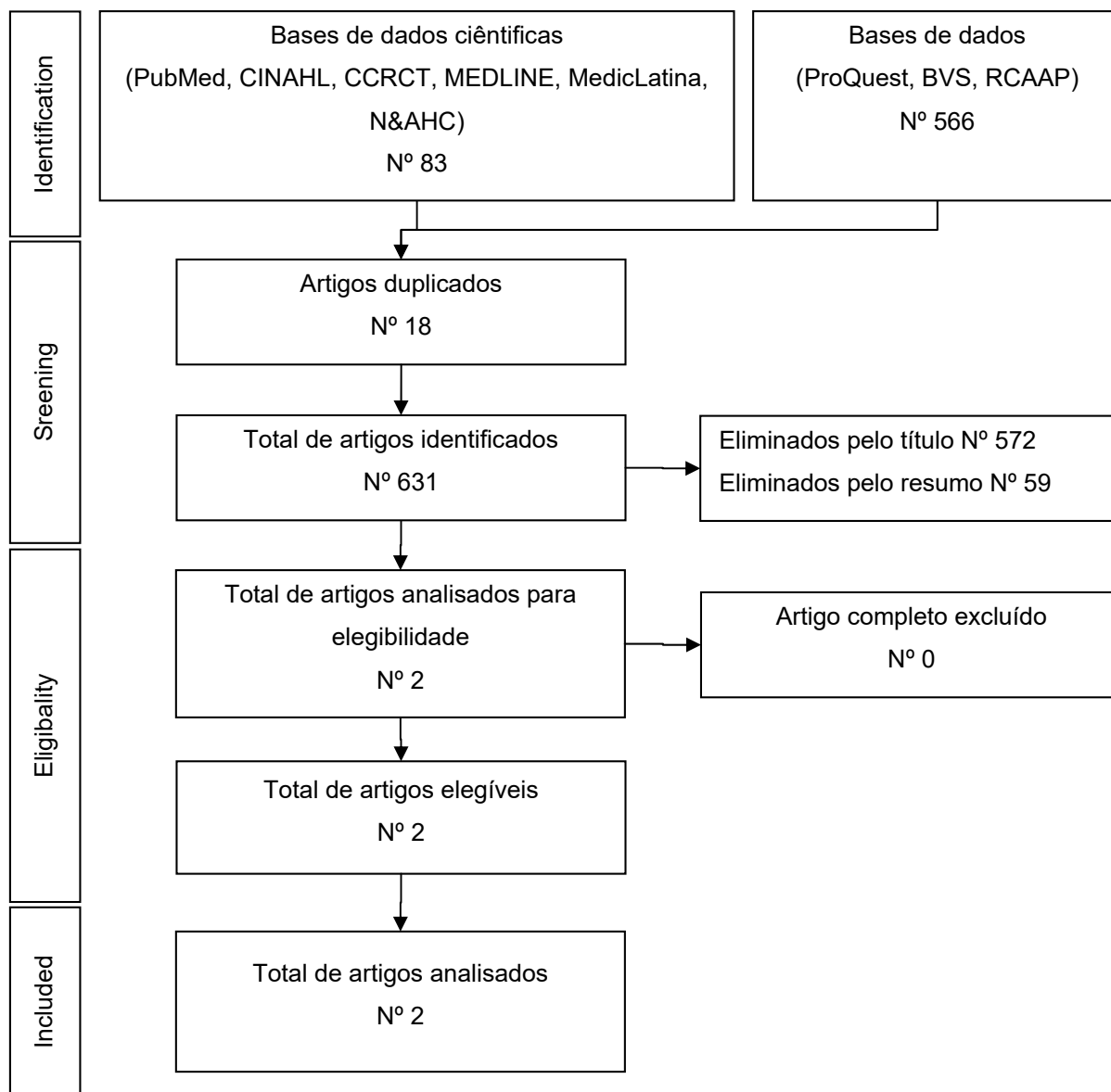
- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) (via EBSCO);
- Cochrane Central Register of Controlled Trials (CCRCT) (via EBSCO);
- MedicLatina (via EBSCO);
- MEDLINE (via EBSCO);
- National Library of Medicine (PubMed);
- Nursing & Allied Health Collection (N&AHC) (via EBSCO).

Bases de dados incluídas na pesquisa:

- Biblioteca Virtual da Saúde (BVS);
- ProQuest, Dissertations and Theses;
- Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

A pesquisa foi realizada com os descritores isolados e com a associação AND de 2, 3 e por fim os 4 descritores em conjunto. A tabela com os resultados de pesquisa dos descritores por cada base de dados é apresentada no Apêndice I.

O resumo do processo de pesquisa é apresentado de seguida através do esquema Prisma.



Os dois artigos considerados elegíveis foram encontrados em simultâneo nas bases de dados científicas PubMed e MEDLINE, e nas bases de dados ProQuest e BVS foi encontrado cada um de forma isolada.

Avaliação da qualidade metodológica

Com a estratégia de pesquisa foram encontrados 2 artigos que cumpriam os critérios de pesquisa estabelecidos.

Correspondendo a 2 artigos quantitativos:

- Artigo 1 – Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales (Lopes e Dixe, 2012);
- Artigo 2 – UpStart Parent Survey: A New Psychometrically Valid Tool for the Evaluation of Prevention-focused Parenting Programs (Benzies *et al.*, 2013).

A avaliação metodológica dos 2 artigos de estudos quantitativos foi feita através do instrumento JBI-MAStARI.

Extração de dados

Artigo 1: Este estudo descreve o desenvolvimento e a validação de três escalas que avaliam a autopercepção de confiança, dificuldades e necessidades de conhecimento dos pais, de crianças até aos 3 anos e meio, no exercício de uma parentalidade positiva.

Definem a parentalidade positiva como o comportamento parental que garante a educação da criança, estabelecendo limites, mantendo uma relação positiva e otimizando seu potencial de desenvolvimento. Esta abrange um conjunto complexo de responsabilidades para os pais e engloba cinco dimensões funcionais: as necessidades físicas da criança; a segurança da criança; desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança; comunicação positiva com a criança; disciplina positiva. É recomendada como uma estratégia para prevenir maus tratos infantis e promover o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida.

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na formação dos pais. Esse apoio deve partir dos potenciais interesses, dificuldades e diferenças dos pais e permitir uma avaliação dos seus conhecimentos práticos. O potencial dos pais pode ser expresso como a autoconfiança e o conhecimento para gerir o processo da parentalidade e a sua avaliação permite antecipar e direcionar as intervenções de enfermagem.

Na construção das escalas os itens definidos traduziram atividades específicas de prática da parentalidade positiva consideradas essenciais para a saúde e o desenvolvimento da criança. O processo de avaliação e determinação de resultados dos 40 itens foram os mesmos para as três escalas, uma escala de Likert de 5 pontos para a resposta a cada item. Os itens deveriam ser respondidos em três colunas diferentes, uma para a autopercepção de confiança dos pais, outra para a autopercepção de dificuldades e outra para a autopercepção das necessidades de conhecimentos em parentalidade positiva. A pontuação 1 correspondia a respostas que declararam “não confiar em nada”, “sem dificuldade” ou “sem necessidade de conhecimento

adicional”. A pontuação 5 correspondia a respostas que indicam “grande confiança”, “muita dificuldade” e “grande necessidade de conhecimento adicional”.

O instrumento com as três escalas foi aplicado a uma amostra não probabilística de 1011 pais de crianças com idades entre os 6 meses e os 3 anos e meio de idade (664 mães e 347 pais). Os pais foram recrutados em infantários no distrito de Leiria, Portugal.

Foram agregados 40 itens em três escalas com 5 dimensões comuns. Foram eliminados os itens com coeficientes de correlação do item abaixo de 0,20 e os coeficientes Alfa de Cronbach abaixo de 0,70, resultando em 30 itens finais.

Todos os 30 itens nas cinco dimensões e três escalas obtiveram os coeficientes Alfa de Cronbach superiores a 0,71. Para todas as escalas, os coeficientes de correlação de Pearson entre as dimensões de cada Escala de Prática de Parentalidade Positiva excedem 0,45 e são significativos ($p < 0,01$), indicando uma validade convergente entre as dimensões de cada escala, bem como essas dimensões medirem o mesmo constructo – a prática da parentalidade positiva.

As três escalas com itens comuns permitem medir as três variáveis ao preencher apenas um questionário de uma página e não obrigam os pais a ler diferentes itens para cada escala. A natureza multidimensional das escalas também permite o uso individual de cada dimensão como uma subescala. As escalas obtidas revelam dimensões e itens comuns, bem como boas propriedades psicométricas.

O teste dos instrumentos com uma amostra não probabilística representa uma limitação, pois afeta a generalização dos resultados. O tamanho considerável da amostra e o fato de incluir mães e pais indicam o seu potencial.

O uso destas escalas contribuirá para melhorar a prática clínica, com base nas necessidades dos pais e com vista à promoção da saúde infantil. Estas permitem diagnosticar as necessidades de apoio aos pais e direcionar e antecipar as intervenções de enfermagem. Também servem como instrumentos para avaliar o efeito dessas intervenções nesta área sensível de cuidados de enfermagem.

Artigo 2: Este estudo descreve o desenvolvimento e a análise psicométrica preliminar do instrumento UpStart Parent Survey (USPS).

Os pais são a influência mais significativa no crescimento e desenvolvimento das crianças. Todos os pais podem aumentar o seu conhecimento dos marcos de desenvolvimento e em práticas parentais, participando em programas que oferecem informações e suporte. No entanto, há uma avaliação limitada dos resultados de programas que oferecem este apoio. Os programas de parentalidade centrados na prevenção (P-FPPs) são serviços de primeira linha fundamentais, concebidos para ensinar os pais e melhorar o bem-estar geral das crianças. A avaliação desses programas é, atualmente, fraca. A avaliação rigorosa dos P-FPPs apoiaria o financiamento informado e as decisões de políticas baseadas em evidências.

A USPS consiste em 3 subescalas:

- A subescala Conhecimentos/habilidades Parentais (PK) consiste em 10 itens que avalia conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento, estratégias disciplinares,

saúde e segurança infantil e respostas dos pais aos desafios diários. Usa uma escala Likert de 7 pontos, de 1 (fortemente em desacordo) a 7 (totalmente de acordo). As pontuações nos itens individuais foram somadas para criar uma pontuação total, com as pontuações mais altas a indicarem maiores conhecimentos e habilidades dos pais.

- A subescala Experiências Parentais (PE) inclui 11 itens que avaliam os resultados dos programas para pais, incluindo autoeficácia do papel parental, saúde emocional, suporte social, stresse parental e funcionamento familiar. Usa uma escala de Likert de 7 pontos, de 1 (totalmente em desacordo) a 7 (concorda fortemente). As pontuações nos itens individuais foram somadas para criar uma pontuação total, com as pontuações mais altas a indicarem uma experiência de parentalidade mais positiva. Foram selecionadas medidas de validação (5 escalas validadas) para esta escala.

- As subescalas PK e PE foram projetadas como um pré-teste retrospectivo e um pós-teste. Os pais reportam uma pontuação para "hoje" e uma pontuação para "antes do programa" em cada item. O pré-teste retrospectivo é aplicado ao mesmo tempo que o pós-teste, mas pede aos pais que reflitam sobre seu nível de compreensão ou habilidades antes do programa.

- A subescala Satisfação do Programa (PS) contém 7 itens que avaliam o envolvimento e a satisfação com o programa. Utiliza uma escala de Likert de 5 pontos, de 1 (discorda fortemente) a 5 (concorda fortemente). As pontuações em itens individuais foram somadas para criar uma pontuação total, com as pontuações mais altas a indicar uma maior satisfação com o programa de apoio na parentalidade.

O instrumento USPS foi aplicado numa população urbana do Canadá, entre Abril de 2010 e Março de 2011. A primeira componente incluiu 345 pais/cuidadores de crianças até 6 anos de idade, a segunda componente (de teste/reteste) incluiu 22 pais/cuidadores e a terceira componente ("gold-standard") incluiu 53 pais/cuidadores.

A análise revelou a unidimensionalidade de cada escala, uma forte consistência interna e estabilidade temporal, bem como uma forte validade concorrente em 9 dos 11 itens examinados na subescala PE. Na sua primeira avaliação psicométrica, a USPS demonstrou ser promissora como uma ferramenta breve, fácil de administrar e cientificamente rigorosa para a avaliação de programas de parentalidade centrados na prevenção.

Os resultados deste estudo indicam que o USPS pode ser uma ferramenta suficiente para avaliar a eficácia da capacidade de P-FPPs para melhorar os conhecimentos e habilidades parentais e os principais resultados associados ao melhor funcionamento familiar. Com o financiamento de programas cada vez mais dependente da demonstração de efetividade, a necessidade de ferramentas de avaliação rigorosas, mas fáceis de administrar, tornou-se imprescindível.

O estudo atual é limitado pela percepção dos pais sobre as mudanças ocorridas com o programa, as percepções parentais de mudança podem ser tendenciosas. O estudo foi limitado pelo tamanho da amostra e por corresponder principalmente a mães.

Futuras versões do USPS talvez desejem reverter a pontuação de alguns dos itens para evitar viés de resposta de conveniência com base em pontuações altas para todos os itens na mesma coluna.

Este estudo contribui para a pesquisa baseada na comunidade, apresentando e avaliando uma ferramenta de avaliação de programas simples e eficiente.

Síntese de dados

Após a análise dos dados obtidos é possível observar que existem instrumentos de avaliação das competências parentais que incluem a avaliação do exercício da disciplina pelos pais. Os dois artigos são referentes a instrumentos desenvolvidos por enfermeiros o que têm a vantagem de estarem direcionados para a prática de Enfermagem.

O instrumento de um dos artigos faz a avaliação das competências parentais tendo como referencial a parentalidade positiva e o outro artigo faz a avaliação das competências parentais tendo como referencia programas de apoio na parentalidade focados na prevenção. Apesar de terem sido utilizados referenciais diferentes para a construção dos dois instrumentos é possível observar que têm um conjunto significativo de semelhanças nas competências avaliadas.

Nos estudos de validação destes dois instrumentos concluiu-se que estes tinham validade e consistência interna, revelando-se instrumentos viáveis e fáceis de aplicar para avaliar as competências parentais.

Ambos os artigos revelam que estes instrumentos têm como limitação estarem numa fase inicial e ainda não terem sido aplicados numa amostra mais representativa.

Os enfermeiros têm um papel importante no apoio aos pais ao longo de todo o desenvolvimento da criança, em que os primeiros anos de vida têm um impacto significativo no desenvolvimento futuro enquanto criança/jovem/adulto. Assim, o papel do enfermeiro no apoio e educação dos pais sobre a parentalidade e a área da disciplina é fundamental e estes instrumentos de avaliação das competências parentais contribuem para melhorar os cuidados de enfermagem. Permitindo desenvolver intervenções de enfermagem com base nas necessidades dos pais e com vista à promoção da saúde da criança.

A utilização destes instrumentos permite ainda um outro ganho importante, a possibilidade de avaliar o resultado das intervenções efetuadas, permitindo demonstrar ganhos em saúde através dos cuidados de enfermagem.

Conflitos de interesse

Os autores não têm conflitos de interesses a declarar.

Bibliografia

- Benzies, K.; Clarke, D.; Barker, L.; Mychasiuk, R. (2013). UpStart Parent Survey: A New Psychometrically Valid Tool for the Evaluation of Prevention-focused Parenting Programs. *Matern Child Health J.* 17, pp 1452-1458.
- Joanna Briggs Institute (JBI). (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: The systematic review of studies of diagnostic test accuracy. Adelaide, Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- Joanna Briggs Institute (JBI). (2016). *User Manual for SUMARI – System for the Unified Management, Assessment and Review of Information: Version 5*. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/SUMARI-V5-User-guide.pdf> .
- Joanna Briggs Institute (JBI). (2017). *The JBI approach*. Disponível em: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=JBI-approach> .
- Lopes, M. S. O. C.; Dixe, M. A. C. R. (2012). Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 20 (4), pp. 787-795.

Apêndice I: Quadro de pesquisas

	Proquest	PubMed	Nursing & Allied Health Collection	CINAHL	MEDLINE	Medic Latina	Cochrane Central Register of Controlled Trials	Biblioteca Virtual da Saúde	RCAAP
Nursing (nurs*)	182201	144178	72874	150124	82232	2235	12421	95117	2872
Parenting	10195	7639	1771	4284	4515	70	1176	7085	306
Surveys	172472	227442	16149	58644	117922	2214	15055	240326	73
Child, preschool	15728	113075	73	42624	96130	48	9459	114639	221
Nurs* + Parenting	4135	878	321	309	386	16	96	678	41
Nurs* + Surveys	52518	18742	3851	6,888	9979	198	1188	26425	0
Nurs* + Child, preschool	4306	3570	72	1861	2224	33	343	4257	4
Parenting + Surveys	4776	1405	174	348	1053	11	185	3561	0
Parenting + Child, preschool	1984	1792	8	969	1356	1	391	2921	1
Surveys + Child, preschool	6896	15720	5	2914	8233	9	640	30194	2
Nurs* + Parenting + Surveys	2226	164	32	20	96	2	21	75	0
Nurs* + Parenting + Child, preschool	829	183	8	68	102	1	23	99	0
Nurs* + Surveys + Child, preschool	2556	822	5	143	451	5	37	645	0
Nurs* + Parenting + Surveys + Child, preschool	522	45	1	6	28	0	3	44	0

Apêndice II: Appraisal instruments

JBIMAStARI Data Extraction Form for Experimental /Observational Studies

“Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales”

Reviewer – Nuno Lopes **Date** 06-2017 **Record**

Author Lopes, Maria da Saudade de Oliveira Custódio; Dixe, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues
Year 2012

Study Method RCT [] Quasi RCT [] Longitudinal []
 Retrospective [] Observational [] Other [X]

Participants

Setting – Parents of children’s attending kindergartens in the Leiria District, located in Central Portugal

Population – Parents of children between three months and three years and a half of age

Sample size – 1011 parents (664 mothers and 347 fathers), a non-probabilistic convenience sample

Intervention1____ **Intervention 2**____

Interventions

Intervention1____ Scenario 1____ Intervention2____ Scenario 2____

Clinical Outcome Measures

Outcome Description	Scale/measure
This instrument measures variables that are considered signs of parents' need for support and permit early and adequate nursing interventions.	The 3 scales consisted of the same 30 items and 5 dimensions (Dimension 1: physical needs of the child, Dimension 2: safety of the child, Dimension 3: development, behavior and stimulation of the child, Dimension 4: positive communication with the child, Dimension 5: positive discipline). The same item should be answered in Likert style in three different columns, one for the parents' self-perceived confidence, another for the parents' self-perceived difficulties and the third for the parents' self-perceived knowledge needs to practice positive parenting. Score 1 was attributed to answers that stated not confident at all, no difficulty or no need for further knowledge. Score 5 was attributed to answers indicating great confidence, a lot of difficulty and great need for further knowledge.
Self-perceived confidence	ECPPP – Scale of Parents' Self-Perceived Confidence in Positive

of parents practicing a Positive Parenting.	Parenting Practice, all answers were scored on a five-point interval, with the highest scores referring to parents' greater confidence in positive parenting practice.
Self-perceived difficulties of parents practicing a Positive Parenting.	EDPPP – Scale of Parents' Self-Perceived Difficulties in Positive Parenting Practice, all answers were scored on a five-point interval, with the highest scores referring to parents' more difficulties in positive parenting practice.
Parents self-perceived needs for knowledge in Positive Parenting.	ENCPPP – Scale of Parents' Self-Perceived Knowledge Needs in Positive Parenting Practice, all answers were scored on a five-point interval, with the highest scores referring to parents' more need for knowledge in positive parenting practice.

Study results

40 items were joined in three scales with five common dimensions and different answers, in which the parents perceived their confidence, difficulties or knowledge needs in positive parenting practice. After eliminating those items with item-total correlation coefficients below 0.20 and Cronbach's Alpha coefficients below 0.70, Alpha coefficients between 0.769 and 0.896 were obtained for all scale dimensions, resulting in 30 items.

All items in the five dimensions and three scales obtained Cronbach's Alpha coefficients (α) superior to 0.71.

Homogeneity analysis is accomplished using Pearson's correlation coefficients between the items and the dimension they belong to, excluding the item. These surpass 0.46 for the ECPPP, 0.37 for the EDPPP and 0.50 for the ENCPPP.

For all scales Pearson's correlation coefficients between the dimensions of each positive parenting practice scale exceed 0.45 and are significant ($p < 0.01$), indicating convergent validity among the dimensions of each scale, as well as the fact that these dimensions measure the same construct.

The items' correlation coefficients with the dimension they belong to are more than 0.1 higher than the correlation coefficient with the dimensions they do not belong to. Only items 8 and 9 of the ENCPPP scale reveal a difference of 0.07 and 0.06, respectively.

Dichotomous data

Outcome	Number/total number	Number/total number

Continuous data

Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)

Table 1 – Means, standard deviations and Cronbach's Alpha coefficients (α) for the items and dimensions and Pearson's correlations (r) for the ECPPP, EDPPP and ENCPPP scale items

D	Item	ECPPP				EDPPP				ENCPPP			
		M	SD	r without item	α without item	M	SD	r without item	α without item	M	SD	r without item	α without item
1		3.55	0.65		0.827	2.53	0.65		0.796	2.58	0.75		0.855
	1	3.55	1.06	0.548	0.807	2.57	1.12	0.483	0.776	2.52	1.13	0.577	0.840
	2	3.66	0.94	0.554	0.807	2.36	1.00	0.565	0.766	2.43	1.07	0.606	0.837
	3	3.56	0.96	0.633	0.798	2.53	1.00	0.619	0.758	2.56	1.03	0.656	0.833
	4	3.33	1.01	0.552	0.807	2.71	1.01	0.525	0.771	2.76	1.06	0.614	0.837
	5	3.71	0.87	0.547	0.808	2.47	0.97	0.474	0.777	2.64	1.05	0.606	0.838
	6	3.76	0.97	0.541	0.808	2.26	1.06	0.470	0.778	2.44	1.12	0.613	0.837
	7	3.46	1.01	0.462	0.817	2.71	1.11	0.374	0.791	2.63	1.14	0.512	0.847
	8	3.70	1.13	0.465	0.818	2.27	1.14	0.459	0.780	2.28	1.15	0.525	0.846
2		3.82	0.64		0.799	2.31	0.65		0.769	2.60	0.82		0.824
	10	3.96	0.89	0.513	0.777	2.17	0.98	0.514	0.735	2.47	1.10	0.600	0.794
	11	3.77	0.88	0.600	0.757	2.38	0.94	0.577	0.719	2.52	1.08	0.654	0.783
	12	4.09	0.97	0.510	0.779	1.99	1.00	0.493	0.740	2.28	1.18	0.565	0.802
	13	3.27	0.92	0.568	0.764	2.78	0.95	0.460	0.748	3.13	1.11	0.568	0.800
	14	3.50	0.90	0.597	0.757	2.77	0.95	0.541	0.728	3.06	1.08	0.609	0.792
	15	4.33	0.84	0.537	0.771	1.78	0.95	0.493	0.740	2.14	1.14	0.553	0.804
3		3.74	0.66		0.860	2.37	0.67		0.845	2.68	0.87		0.896
	16	3.76	0.87	0.598	0.847	2.34	0.90	0.573	0.829	2.70	1.08	0.657	0.888
	17	3.55	0.87	0.649	0.837	2.55	0.88	0.631	0.818	2.90	1.08	0.729	0.876
	18	3.89	0.84	0.659	0.836	2.25	0.88	0.621	0.820	2.69	1.06	0.706	0.880
	19	3.59	0.82	0.695	0.830	2.51	0.85	0.648	0.815	2.79	1.01	0.746	0.874
	20	3.90	0.89	0.639	0.839	2.19	0.92	0.655	0.813	2.47	1.10	0.738	0.875
4		4.00	0.67		0.856	2.19	0.71		0.841	2.48	0.90		0.866
	22	4.02	0.89	0.623	0.839	2.22	0.97	0.557	0.834	2.49	1.10	0.680	0.872
	23	3.75	0.82	0.612	0.841	2.47	0.88	0.620	0.815	2.69	1.01	0.700	0.867
	24	4.32	0.81	0.662	0.828	1.84	0.90	0.642	0.809	2.16	1.11	0.709	0.865
	25	4.02	0.83	0.728	0.811	2.10	0.91	0.729	0.785	2.47	1.10	0.778	0.849
	26	3.85	0.80	0.733	0.810	2.27	0.86	0.685	0.798	2.59	1.06	0.760	0.854
5		3.75	0.71		0.840	2.52	0.77		0.837	2.78	0.95		0.890
	27	3.92	0.84	0.673	0.798	2.42	0.97	0.694	0.783	2.69	1.13	0.772	0.853
	28	3.70	0.85	0.738	0.769	2.58	0.94	0.712	0.775	2.83	1.08	0.780	0.850
	29	3.53	0.90	0.662	0.804	2.65	0.91	0.651	0.802	2.94	1.06	0.765	0.856
	30	3.66	0.83	0.624	0.819	2.39	0.92	0.621	0.815	2.63	1.08	0.717	0.874

D – Dimension

ECPPP: Scale of Parents' Self-Perceived Confidence in the Practice of Positive Parenting

EDPPP: Scale of Parents' Self-Perceived Difficulties in the Practice of Positive Parenting

ENCPPP: Scale of Parents' Self-Perceived Knowledge Needs in the Exercise of Positive Parenting

Table 2 – Pearson's correlation matrix among five dimensions of each scale in the exercise of positive parenting

D	ECPPP					EDPPP					ENCPPP				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
D1	1					1					1				
D2	0.67	1				0.63	1				0.76	1			
D3	0.60	0.72	1			0.58	0.68	1			0.86	0.74	1		
D4	0.48	0.65	0.75	1		0.45	0.59	0.69	1		0.59	0.68	0.79	1	
D5	0.49	0.62	0.75	0.76	1	0.48	0.56	0.69	0.68	1	0.55	0.66	0.76	0.80	1

$p \leq 0.01$

D – Dimension

ECPPP: Scale of Parents' Self-Perceived Confidence in the Practice of Positive Parenting

EDPPP: Scale of Parents' Self-Perceived Difficulties in the Practice of Positive Parenting

ENCPPP: Scale of Parents' Self-Perceived Knowledge Needs in the Exercise of Positive Parenting

Table 3 – Pearson’s correlations between the item results and the different scale dimensions in the exercise of positive parenting

Items	ECPPP					EDPPP					ENCPPP				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
1	0.67	0.35	0.30	0.26	0.26	0.62	0.28	0.28	0.21	0.24	0.68	0.42	0.33	0.30	0.30
2	0.66	0.39	0.33	0.26	0.26	0.68	0.43	0.38	0.30	0.33	0.70	0.47	0.38	0.38	0.31
3	0.73	0.40	0.33	0.29	0.28	0.72	0.38	0.36	0.27	0.30	0.74	0.50	0.42	0.39	0.36
4	0.67	0.36	0.30	0.23	0.28	0.64	0.35	0.35	0.23	0.28	0.71	0.48	0.43	0.36	0.38
5	0.65	0.50	0.43	0.33	0.34	0.60	0.42	0.38	0.32	0.30	0.70	0.57	0.48	0.43	0.41
6	0.65	0.50	0.42	0.32	0.28	0.61	0.49	0.36	0.32	0.28	0.71	0.59	0.47	0.45	0.37
7	0.59	0.45	0.45	0.35	0.42	0.53	0.34	0.37	0.27	0.35	0.63	0.53	0.50	0.44	0.42
8	0.61	0.45	0.45	0.34	0.33	0.61	0.45	0.40	0.32	0.30	0.64	0.57	0.47	0.44	0.36
9	0.62	0.52	0.49	0.43	0.43	0.56	0.38	0.35	0.26	0.28	0.62	0.56	0.53	0.45	0.45
10	0.49	0.67	0.50	0.45	0.38	0.49	0.69	0.49	0.43	0.35	0.61	0.73	0.52	0.48	0.44
11	0.48	0.74	0.57	0.49	0.51	0.45	0.73	0.51	0.45	0.49	0.59	0.77	0.58	0.52	0.51
12	0.35	0.69	0.44	0.42	0.40	0.34	0.67	0.39	0.41	0.33	0.48	0.72	0.49	0.51	0.46
13	0.53	0.72	0.48	0.41	0.43	0.41	0.64	0.40	0.29	0.36	0.55	0.71	0.53	0.43	0.50
14	0.57	0.74	0.54	0.46	0.48	0.50	0.70	0.50	0.39	0.42	0.58	0.74	0.56	0.46	0.51
15	0.42	0.68	0.54	0.52	0.43	0.40	0.67	0.48	0.47	0.34	0.54	0.70	0.56	0.57	0.46
16	0.47	0.61	0.73	0.53	0.54	0.48	0.59	0.71	0.49	0.47	0.60	0.66	0.77	0.60	0.59
17	0.47	0.55	0.77	0.52	0.59	0.48	0.51	0.75	0.50	0.55	0.53	0.60	0.82	0.60	0.62
18	0.43	0.56	0.77	0.60	0.55	0.39	0.49	0.75	0.50	0.47	0.51	0.59	0.80	0.63	0.58
19	0.46	0.57	0.79	0.60	0.65	0.45	0.52	0.76	0.52	0.59	0.50	0.58	0.83	0.64	0.64
20	0.43	0.49	0.76	0.57	0.52	0.38	0.47	0.78	0.53	0.51	0.50	0.57	0.83	0.68	0.60
21	0.50	0.54	0.79	0.62	0.59	0.44	0.46	0.75	0.55	0.53	0.55	0.60	0.83	0.69	0.66
22	0.37	0.49	0.56	0.77	0.56	0.35	0.42	0.49	0.73	0.50	0.50	0.58	0.65	0.80	0.63
23	0.43	0.52	0.60	0.76	0.60	0.40	0.48	0.58	0.76	0.55	0.51	0.55	0.68	0.81	0.69
24	0.33	0.49	0.54	0.79	0.56	0.27	0.44	0.47	0.78	0.44	0.45	0.54	0.59	0.82	0.60
25	0.37	0.52	0.60	0.84	0.62	0.35	0.48	0.58	0.84	0.58	0.50	0.57	0.66	0.67	0.67
26	0.42	0.55	0.67	0.83	0.70	0.39	0.50	0.59	0.80	0.61	0.50	0.58	0.69	0.85	0.75
27	0.41	0.54	0.62	0.69	0.82	0.40	0.48	0.59	0.61	0.84	0.49	0.56	0.68	0.74	0.88
28	0.44	0.53	0.66	0.63	0.86	0.46	0.50	0.62	0.58	0.85	0.50	0.58	0.67	0.68	0.88
29	0.39	0.47	0.59	0.56	0.82	0.34	0.40	0.52	0.49	0.81	0.44	0.54	0.65	0.64	0.87
30	0.39	0.50	0.59	0.63	0.79	0.37	0.46	0.53	0.55	0.79	0.47	0.57	0.62	0.71	0.84

D – Dimension
 ECPPP: Scale of Parents’ Self-Perceived Confidence in the Practice of Positive Parenting
 EDPPP: Scale of Parents’ Self-Perceived Difficulties in the Practice of Positive Parenting
 ENCPPP: Scale of Parents’ Self-Perceived Knowledge Needs in the Exercise of Positive Parenting

Author conclusions*

The procedures followed to construct and validate three multidimensional positive parenting practice scales were described, according to the steps recommended in the literature.

The three scales with common items permit measuring the three variables by completing only a one page questionnaire and do not oblige the parents to read different items for each scale. The multidimensional nature of the scales also permits the individual use of each dimension as a subscale.

The obtained scales reveal common dimensions and items as well as good psychometric properties, and are entitled: Scale of Parents’ Self-Perceived Confidence in Positive Parenting Practice (ECPPP), Scale of Parents’ Self-Perceived Difficulties in Positive Parenting Practice (EDPPP) and Scale of Parents’ Self-Perceived Knowledge Needs in Positive Parenting Practice (ENCPPP).

Limitations*:

The testing of the instruments in a non-probabilistic sample represents a limitation, as this affects the generalizability of its results. Also, the lack of reference measures did not permit the analysis of the construct's external validity. Nevertheless, the considerable sample size and the fact that it included mothers and fathers indicate its potential, which should be confirmed through further research.

Implications for (Education; Clinical; Research & Management)*

The use of these scales will contribute to improve clinical practice, based on the parents' needs and with a view to child health promotion. They permit diagnosing the parents' support needs and directing and anticipating nursing interventions. They also serve as measurement instruments to assess the effect of these interventions and other studies in this sensitive area for nursing care.

Reviewer conclusions /comments

*Sempre com as palavras do autor.

Include Exclude Seek further info

Apêndice III: Appraisal instruments

JBI-MAStARI Data Extraction Form for Experimental /Observational Studies

“UpStart Parent Survey: A New Psychometrically Valid Tool for the Evaluation of Prevention-focused Parenting Programs”

Reviewer – Nuno Lopes **Date** 06/2017 **Record**

Author Benzies, Karen; Clarke, Dawn; Barker, Leslie; Mychasiuk, Richelle **Year** 2013

Study Method RCT [] Quasi RCT [] Longitudinal []
 Retrospective [] Observational [] Other [X]

Participants

Setting – Parents recruited at Prevention-focused parenting programs (P-FPPs) in urban Canadian population, between April 2010 and March 2011

Population – Parents/caregivers of young children (6 years of age and under)

Sample size – First component: 345; Second component (test/retest): 22; Third component (“gold-standard”): 53

Intervention1 _____ **Intervention 2** _____

Interventions

Intervention1 _____ Scenario 1 _____ Intervention2 _____ Scenario 2 _____

Clinical Outcome Measures

Outcome Description	Scale/measure
<p>The scale captures concepts such as growth and development, discipline strategies, child health and safety, and parental responses to everyday challenges.</p> <p>The scale capture common outcomes of parenting programs including parenting self-efficacy, emotional</p>	<p>UpStart Parent Survey (USPS) was designed as a brief, paper and pencil, self-report measure of common outcomes expected of P-FPPs. The USPS is comprised of three subscales.</p> <p>Parenting Knowledge/Skills subscale (PK) is a 10 item scale. The PK scale uses a 7-point Likert scale ranging from 1 (Strongly Disagree) to 7 (Strongly Agree). Scores on individual items were summed to create a total scale score. The theoretical range of scores is 10–70 with higher scores indicating greater parenting knowledge and skills.</p> <p>Parenting Experiences subscale (PE) includes 11 items. The PE scale uses a 7-point Likert scale ranging from 1 (Strongly Disagree) to 7 (Strongly Agree). Scores on individual items were</p>

<p>health, social support, parenting stress, and family functioning.</p> <p>The scale capture engagement in, and satisfaction with the program.</p> <p>VALIDATION MEASURES</p> <p>Provides an overall rating of family functioning.</p> <p>The scale captures psychological energy, positive parenting spirits, and enthusiasm for parenting.</p> <p>The scale assesses the helpfulness of formal and informal social support sources for parents raising young children, through examination of informal kinship, social organization items, formal kinship, immediate family, specialized professional services, and generic professional services.</p> <p>The scale assess physical functioning, role limitations due to physical health, bodily pain, general health perceptions, vitality, social functioning,</p>	<p>summed to create a PE total scale score. The theoretical range of scores is 11–77 with higher scores indicating a more positive parenting experience.</p> <p>The PK and PE subscales were designed as a post-test/retrospective pre-test. To clarify, a retrospective pre-test is administered at the same time as the post-test but asks respondents to reflect upon their level of understanding or skill prior to the intervention/training.</p> <p>Program Satisfaction (PS) is a 7 items scale. The PS utilizes a 5-point Likert scale ranging from, strongly disagree to strongly agree. Scores on individual items were summed to create a PS total score. The theoretical range of scores is 7–35 with higher scores indicating greater satisfaction with the parenting program.</p> <p>Brief Family Assessment Measure: General Scale The brief FAM-General Scale is a short version (14-item) of the FAM scale. Items are summed and scores translated to T-scores. Higher scores indicate disrupted family functioning.</p> <p>The Parenting Morale Index (PMI) is a self-report 10 item scale. Items range from 1 (not at all) to 5 (very often). Items are summed to create a total score. Higher scores indicate higher parenting morale.</p> <p>Family Support Scale (FSS) is a self-report 20 item scale. Is a 5-point Likert scale ranging from 1 (not helpful) to 5 (extremely helpful). The FSS was scored by summing items: higher scores indicate greater social support.</p> <p>SF-8 Health Survey is a shortened version of the SF-36. Each of the 8 domains of health have a single item. The SF-8 is scored and normalized so 50 is the average score or norm. Scores well below average are problematic and indicate poor health.</p>
--	--

<p>role limitations due to emotional problems, and mental health.</p> <p>The scale assesses parents' perceived ability to manage their children. The tool was originally created to evaluate education programs for parents.</p>	<p>Tool to Measure Parenting Self-Efficacy (TOPSE Parenting Evaluation). The TOPSE is a self-report scale, has 8 separate subsections comprised of 48 items, of which 6 are reverse scored. Respondents' rate items using a 10-point Likert scale ranging from 0 (completely disagree) to 10 (completely agree). Items are summed to create a total score; higher scores indicate greater parenting self-efficacy.</p>
--	--

Study results

Inter item correlation analysis revealed correlations between the items ranging from .11–.55, .14–.70, and .58–.88 on the PK, PE, and PS subscales respectively.

For each scale, Bartlett's Test of Sphericity was significant.

The percent of variance explained by the principal components were as follows: 44.47 for the PK scale, 48.04 for the PE scale, and 74.25 for the PS scale.

Internal consistencies were strong exceeding criterion established prior to analysis. In addition, temporal stability for the USPS scales was satisfactory.

There were large to medium correlations, in the expected directions, for nine of the PE scale items and their validation measures. Only two PE items failed to demonstrate significant correlation with the intended validation measure.

The PE items may not capture the same constructs as the validation measures, resulting in small correlation. The Brief FAM failed to show any correlation with USPS items suggesting it may not be an ideal candidate for concurrent validity testing of items on the PE subscale or that these items may need to be slightly modified.

In its first round of psychometric evaluation, the USPS demonstrated promise as a brief, easy to administer measure for prevention-focused parenting programs (P-FPP).

Dichotomous data

Outcome	Number/total number	Number/total number

Continuous data

Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)

Table 2 Descriptive statistics, reliabilities, and percentiles, for the Upstart Survey subscales

Upstart Survey Subscales	Number of items	Full sample ^a			Percentile ^a			Test-retest ^b
		α	<i>M</i>	<i>SD</i>	80th	90th	98th	
Parenting knowledge	10	.87	53.35	8.47	60	63	67	.72
Parenting experience	11	.91	56.19	11.28	66	70	75	.76
Satisfaction	7	.94	32.71	4.04	35	35	35	.87

^a n = 345

^b n = 22

Table 3 Correlations between caregiver scores on parenting experience target items and baseline validation measures

Parenting experience items	Pearson's <i>r</i> correlation	Outcome measure
I have confidence in my parenting skills	.42**	TOPSE: Self acceptance
I feel positive in my role as a parent	.40**	Parenting Morale Index
I know who to call and where I can go in the community when I need help	.34*	TOPSE: Learning and knowledge
I know where I can get answers to my parenting questions	.36**	TOPSE: Learning and knowledge
I have someone to talk to when I need support	.44**	Parenting Morale Index
I am able to manage stress	.47**	SF-8: Mental Component Score
I know ways to meet my family's needs with the money and resources I have	.44**	TOPSE: Control Subscale
My emotional health is good (that is, I do not feel anxious, depressed or irritated)	.60**	SF-8: Mental Component Score
I know how to "speak up" for what my family and children need	.11	FAM Brief
I feel supported by my partner in my parenting (if you parent alone, please check "not covered")	.34*	Family Support Scale
In our family, we take the time to listen to each other	-.24	FAM Brief

* $p < .05$; ** $p < .01$. $n = 53$

Author conclusions*

Although the majority of the sample population was Caucasian, there was enough ethnic diversity to permit initial generalization to multi-cultural regions. This, however, will require further investigation.

Owing to time constraints and respondent burden, retrospective pre-test/post-test designs are a pragmatically desirable approach to capturing program evaluation of P-FPPs.

The results from this study indicate that the USPS may be a sufficient tool to evaluate effectiveness of the ability of P-FPPs to improve parenting knowledge and skills, and key outcomes associated with improved family functioning. As funding becomes increasingly dependent upon demonstration of effective programming, the need for rigorous but easy to administer evaluation tools has become apparent.

Despite its minor limitations, the UpStart Parent Survey offers prevention-focused parenting programs an efficient, psychometrically valid measurement tool that can be implemented in its current form.

Limitations*:

The current study is limited by parental perceptions of change related to the program. Parental perceptions of change may be biased. Future studies should include observational measures of parent–child interaction, or health and other social indicators such as validated cases of child maltreatment.

The study was also limited by sample size of some of the components, and a sample that was primarily mothers. Future studies should increase the number of fathers sampled because parental responses between fathers and mothers may vary based on differences in paternal expectations.

Future versions of the USPS may wish to reverse score some of the items to prevent convenience response bias based upon high scores for all items being in the same column.

Implications for (Education; Clinical; Research & Management)* -

This study contributes to community-based research by presenting and evaluating a simple, efficient, program evaluation tool.

Reviewer conclusions /comments

*Sempre com as palavras do autor.

Include Exclude Seek further info

Apêndice IV: Data extraction instruments

Artigo Autores Periódico Ano	Objetivos do artigo	Desenho do Estudo Material e métodos	População Amostra e Participantes Contexto	Colheita de dados Tratamento e análise	Principais resultados Conclusões
Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales Lopes, Maria da Saudade de Oliveira Custódio; Dixe, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Rev. Latino-Am. Enfermagem 2012	Descrever o desenvolvimento e a validação de 3 escalas multidimensionais em que os mesmos 30 itens, distribuídos em 5 dimensões, medem a confiança, dificuldades e necessidades de conhecimento, autopercebidas pelos pais, no exercício da parentalidade positiva nos primeiros 3 anos de vida da	Construção e validação de 3 escalas.	Os pais recrutados em infantários no distrito de Leiria, Portugal. Amostra não probabilística de 1011 pais de crianças com idades entre os 6 meses e os 3 anos e meio de idade (664 mães e 347 pais).	Instrumento construído pelos autores, construção das escalas os itens definidos traduziram atividades específicas de prática da parentalidade positiva consideradas essenciais para a saúde e o desenvolvimento da criança. O processo de avaliação e determinação de resultados dos 40 itens foram os mesmos para as três escalas, uma escala de Likert de 5 pontos para a resposta a cada item. Os itens deveriam ser respondidos em 3 colunas diferentes, uma para a autoperceção de confiança dos pais, outra para a autoperceção de dificuldades e outra para a autoperceção das necessidades de conhecimentos em parentalidade positiva. A pontuação 1 correspondia a respostas que declararam “não confiar em nada”, “sem dificuldade” ou “sem necessidade de conhecimento adicional”. A pontuação 5 correspondia a respostas que indicam “grande confiança”, “muita dificuldade” e “grande necessidade de conhecimento adicional”. Para estudar as propriedades psicométricas das escalas utilizaram o coeficiente de correlação total	Todos os 30 itens nas cinco dimensões e três escalas obtiveram os coeficientes Alfa de Cronbach superiores a 0,71. Para todas as escalas, os coeficientes de correlação de Pearson entre as dimensões de cada Escala de Prática de Parentalidade Positiva excedem 0,45 e são significativos ($p < 0,01$), indicando uma validade convergente entre as dimensões de cada escala, bem como essas dimensões medirem o mesmo constructo – a prática da parentalidade positiva. As três escalas com itens comuns permitem medir as três variáveis ao preencher apenas um questionário de uma página e não obrigam os pais a ler diferentes itens para cada escala. A natureza multidimensional das escalas também permite o uso individual de cada dimensão como uma subescala. O teste dos instrumentos com uma amostra não probabilística representa uma limitação. O tamanho considerável da amostra e o fato de incluir mães e pais indicam o seu potencial. O uso destas escalas contribuirá para

	criança.			de item de Pearson para análise de homogeneidade, convergência e discriminação de itens. Os coeficientes Alfa de Cronbach foram utilizados para as dimensões como um todo e para os itens, de modo a analisar a consistência interna, calculando a eliminação de um item de cada vez. Foram eliminados os itens com coeficientes de correlação do item abaixo de 0,20 e os coeficientes Alfa de Cronbach abaixo de 0,70, resultando em 30 itens finais.	melhorar a prática clínica, com base nas necessidades dos pais e com vista à promoção da saúde infantil. Estas permitem diagnosticar as necessidades de apoio aos pais e direcionar e antecipar as intervenções de enfermagem. Também servem como instrumentos para avaliar o efeito dessas intervenções nesta área sensível de cuidados de enfermagem.
Artigo Autores Periódico Ano	Objetivos do artigo	Desenho do Estudo Material e métodos	População Amostra e Participantes Contexto	Colheita de dados Tratamento e análise	Principais resultados Conclusões
UpStart Parent Survey: A New Psychometrically Valid Tool for the Evaluation of Prevention-focused Parenting Programs Benzies, Karen; Clarke, Dawn; Barker, Leslie; Mychasiuk, Richelle	Realizar a análise psicométrica preliminar do UpStart Parent Survey (USPS) – um instrumento desenvolvido especificamente para avaliar os programas de apoio na parentalidade focados na	Construção e validação de 3 escalas.	Pais/cuidadores de crianças até 6 anos de idade, na população urbana do Canadá, entre Abril de 2010 e Março de 2011. Primeira componente: 345, segunda	Instrumento construído pelos autores com base nos programas de apoio na parentalidade, com 3 subescalas: subescala Conhecimentos/habilidades Parentais (PK) consiste em 10 itens que avalia conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento, estratégias disciplinares, saúde e segurança infantil e respostas dos pais aos desafios diários. Usa uma escala Likert de 7 pontos, de 1 (fortemente em desacordo) a 7 (totalmente de acordo), com as pontuações mais altas a indicarem maiores conhecimentos e habilidades dos pais; subescala Experiências Parentais (PE) inclui 11 itens que avaliam os resultados dos	A análise revelou a unidimensionalidade de cada escala, uma forte consistência interna e estabilidade temporal, bem como uma forte validade concorrente em 9 dos 11 itens examinados na subescala PE. Na sua primeira avaliação psicométrica, a USPS demonstrou ser promissora como uma ferramenta breve, fácil de administrar e cientificamente rigorosa para a avaliação de programas de parentalidade centrados na prevenção. Os resultados deste estudo indicam que o USPS pode ser uma ferramenta suficiente para avaliar a eficácia da capacidade de P-FPPs para melhorar os conhecimentos e habilidades

<p>Matern Child Health J 2013</p>	<p>prevenção.</p>		<p>componente (de teste/reteste): 22 e terceira componente (“gold-sandard”): 53.</p>	<p>programas para pais, incluindo autoeficácia do papel parental, saúde emocional, suporte social, stresse parental e funcionamento familiar. Usa uma escala de Likert de 7 pontos, de 1 (totalmente em desacordo) a 7 (concorda fortemente), com as pontuações mais altas a indicarem uma experiência de parentalidade mais positiva. Foram selecionadas medidas de validação (5 escalas validadas) para esta escala; subescala Satisfação do Programa (PS) contém 7 itens que avaliam o envolvimento e a satisfação com o programa. Utiliza uma escala de Likert de 5 pontos, de 1 (discorda fortemente) a 5 (concorda fortemente), com as pontuações mais altas a indicar uma maior satisfação com o programa de apoio na parentalidade.</p>	<p>parentais e os principais resultados associados ao melhor funcionamento familiar. O estudo atual é limitado pela percepção dos pais sobre as mudanças ocorridas com o programa, as percepções parentais de mudança podem ser tendenciosas. O estudo foi limitado pelo tamanho da amostra e por corresponder principalmente a mães. Futuras versões do USPS talvez desejem reverter a pontuação de alguns dos itens para evitar viés de resposta de conveniência com base em pontuações altas para todos os itens na mesma coluna. Este estudo contribui para a pesquisa baseada na comunidade, apresentando e avaliando uma ferramenta de avaliação de programas simples e eficiente.</p>
-------------------------------------	-------------------	--	--	---	--