

Maria
Brás

A PARENTALIDADE POSITIVA RUMO A CAPACITAÇÃO PARENTAL

A PARENTALIDADE POSITIVA RUMO A CAPACITAÇÃO PARENTAL

Maria Salomé Lopes Brás
110435004

Orientador:
Professora Mestre Maria Regina Ferreira

Orientador:
Professora Mestre Maria de Lurdes Torcado Faustino

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.”

Leonardo da Vinci

Aos meus filhos Madalena e Duarte,
pela luz e alegria com que inundam a minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Professora Adjunta Maria Regina Sardinheiro do Céu F. Ferreira e à Professora Maria de Lurdes Santos Torcato Casimiro Faustino (Orientador e Co-Orientador deste processo, respetivamente) pelos conhecimentos transmitidos, colaboração, disponibilidade e motivação ao longo do desenvolvimento deste trabalho. O meu obrigado pelo apoio e orientação, que me impeliu a manter o desejo de querer aprofundar conhecimentos, crescendo pessoal e profissionalmente.

Aos enfermeiros que me receberam nos contextos clínicos. Obrigado pelo envolvimento, entrega e partilha de saber.

Aos meus colegas agradeço o apoio, amizade e espírito de entreajuda. Obrigado pela forma com que amenizaram as dificuldades enfrentadas ao longo deste caminho.

À minha família, que nunca deixou de acreditar no meu empenho. Um obrigado à minha irmã pelo apoio e motivação. Aos meus pais dirijo o mais profundo dos agradecimentos, pela disponibilidade sem igual e pelo amor incondicional com que brindam a minha vida.

Ao meu marido Samuel agradeço a compreensão e incentivo. Obrigado pela presença constante, que permitiu suavizar o esforço exigido neste percurso.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CE – Conselho da Europa

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EBSCO – Elton B. Stephens Company

et al. – entre outros

ICN – International Council of Nurses

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH – Medical Subject Headings

nº - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

PI(C)O – População, Intervenção, (Comparação) e Outcomes

RN – Recém-nascido

RESUMO

Este relatório assenta sobre a temática da parentalidade positiva rumo à capacitação parental. Assume como objetivo geral a compreensão das intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro, assentes na parentalidade positiva, que fomentam a capacitação parental junto da criança doente.

A análise emerge da reflexão crítica da prática de cuidados, enquadrando a mesma num contexto mais abrangente que se alia ao exercício da prática baseada em evidências. Através da Revisão Sistemática da Literatura, mobilizam-se contributos que potenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às crianças e seus pais.

Conclui-se que as intervenções utilizadas pelo enfermeiro podem ser implementadas em distintas esferas do cuidado à criança e à sua família, apelando a uma intervenção com os pais, alicerçada no potencial parental. A promoção da parentalidade positiva pressupõe apoio, suporte e reforço positivo no papel parental, no sentido da sua responsabilização e participação ativa.

Palavras-chave: Enfermagem, Parentalidade, Doença

ABSTRACT

This report settles upon the thematic of positive parenting bearing parental capability. It assumes as general purpose the understanding of the interventions developed by the nurse, laid on positive parenting, that promote the parental capability near the ill child.

The analysis emerges from the critical reflection of the care practice, enmeshing it into a wider context which allies to the exercise of the practice based on evidence. Through the Literature Systematic Revision, are mobilized contributes which empower the quality of the nursing care given to children and their parents.

It is concluded that the interventions used by the nurse can be implemented in distinct spheres of care to the child and her family, appealing to an intervention with the parents based on the parental potential. Positive parenting promotion presupposes support, bear and positive reinforcement of the parenting role, concerning its active accountability and participation.

Key-words: Nursing, Parenting, Disease

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	12
1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	15
1.1.SERVIÇO DE NEONATOLOGIA: UM OLHAR SOBRE A VINCULAÇÃO.....	15
1.2.SERVIÇO DE PEDIATRIA: CAPACITAR PARA A GESTÃO DA DOENÇA.....	20
1.3.SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA: OS PAIS COMO PARTE INTEGRANTE DA EQUIPA DE CUIDADOS.....	25
2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	29
2.1.A VINCULAÇÃO, A PARENTALIDADE POSITIVA E O AFETO COMO ALICERCE DA RELAÇÃO.....	29
2.2.O EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE PERANTE A CRIANÇA DOENTE.....	33
2.3.INTERVIR PARA CAPACITAR: APLICAÇÃO DO MODELO DE PARCERIA NOS CUIDADOS, DE ANNE CASEY.....	34
3.METODOLOGIA DE PESQUISA	39
4.CONTRIBUTOS PARA A REFLEXÃO NA PRÁTICA, PARTINDO DAS EVIDÊNCIAS	46
5.CONCLUSÃO	51
BIBLIOGRAFIA	54
ANEXOS.....	60
ANEXO I- Projeto de Estágio.....	61
ANEXO II- Grelha de Avaliação de Comportamentos de Vínculo.....	79
ANEXO III- Guia Orientador de Avaliação/Promoção de Comportamentos de Vínculo.....	81
ANEXO IV- Resultados da Aplicação da Grelha de Avaliação de Comportamentos de Vínculo (em contexto de estágio).....	92
ANEXO V- Grelha de Observação Física e Comportamental/Neurológica do RN.....	94
ANEXO VI- Jogo de aplicação informática “Diabetes – a brincar vamos aprendendo” (anexo em suporte digital).....	101
ANEXO VII - Documento de apoio ao jogo, intitulado “Brincar – uma estratégia educativa na abordagem à criança/adolescente diabético”.....	103
ANEXO VIII - Atividades desenvolvidas no domínio da Gestão.....	112

ANEXO IX - “Quando o meu filho fica doente sinto-me...”	117
ANEXO X - Ficha de Leitura do Artigo “The Logic of Care”- Parents’ perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes”.....	120
ANEXO XI - Ficha de Leitura do Artigo “Parent’s expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care settings: a qualitative multicenter study with 60 parents”.....	124
ANEXO XII - Ficha de Leitura do Artigo “Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran”.....	131
ANEXO XIII – Artigos.....	136

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela nº 1- Plano de cuidados, tendo em vista a capacitação parental para a tomada de decisão, de acordo com a versão 2.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2010).....	23
Tabela nº 2- Relação entre os conceitos mobilizados e o número total de artigos obtidos, durante o processo de pesquisa.....	42

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro nº 1- Critérios para a formulação da questão de investigação.....	39
Quadro nº 2- Aspectos relacionados com o desenho do estudo que serviu de base ao Artigo “The Logic of Care”- Parents’perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes”.....	43
Quadro nº 3- Aspectos relacionados com o desenho do estudo que serviu de base ao Artigo “Parent’s expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care settings: a qualitative multicenter study with 60 parents”.....	44
Quadro nº 4- Aspectos relacionados com o desenho do estudo que serviu de base ao Artigo “Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran”.....	45

INTRODUÇÃO

Este relatório surgiu no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, na unidade curricular Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e Relatório, que foi desenvolvida em contexto hospitalar, mais especificamente no Serviço de Neonatologia, Serviço de Pediatria e Serviço de Urgência Pediátrica de um Hospital da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Tem como finalidade descrever as atividades realizadas, refletindo de forma crítica acerca do seu contributo e pertinência na construção do conhecimento, enquadrando as mesmas num contexto mais abrangente e aliando a sua análise ao exercício da prática baseada em evidências. Pretende dar visibilidade ao processo contínuo de crescimento pessoal e profissional, fundado sobre a intervenção assente na parentalidade positiva como forma de fomentar a capacitação parental. Desta forma, pretende-se traduzir o percurso privilegiado de aprendizagem, cuja mobilização de contributos teóricos foi essencial para atingir os objetivos antecipadamente traçados no Projeto de Estágio (ANEXO I) que serviu de base a todo o trabalho desenvolvido. Na operacionalização do mesmo, foi necessário efetuar algumas adaptações, no sentido da sua adequação à prática.

Da atuação em contexto clínico decorre que, perante a realidade de lidar com a criança doente, os pais podem experimentar alterações no exercício da parentalidade, com impacto na capacitação parental para o cuidado. Emanam uma necessidade de apelar a uma parentalidade movida em torno da defesa do interesse da criança, que assegure o seu desenvolvimento pleno e harmonioso e que saiba responder às suas necessidades em todos os contextos, nos quais se destaca a situação de doença aguda ou crónica. Partindo desta inquietação pessoal, decorrente de experiências vividas durante o Estágio, e considerando que o exercício da parentalidade positiva obriga a um ajustamento e aprendizagem das competências necessárias à tomada de decisão parental, incorre-se num caminho de questionamento acerca da intervenção do enfermeiro neste âmbito. Depreende-se a importância de que o enfermeiro intervenha junto dos pais, alicerçando-se no potencial parental, tendo como objetivo último a sua capacitação (Fielden e Gallagher, 2008; Heaman *et al.*, 2005). Esta temática vai ao encontro das Competências

Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, previstas no Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro, que consagra a assistência à criança/jovem com a família na maximização da sua saúde e no sentido da sua progressiva autonomia, estabelecendo uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, da gestão do regime e da parentalidade. Na elaboração deste documento adotou-se a definição de criança assumida na Convenção sobre os Direitos da Criança na qual “a criança é definida como todo o ser humano com menos de 18 anos, exceto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo.” (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1989: 6).

Perante a doença da criança, os pais deparam-se com sentimentos de preocupação e angústia, que podem influenciar o ajustamento parental naquela situação específica e consequentemente a sua capacidade de responder de forma adequada às necessidades exigidas no momento (Magalhães, 2011). Ao estabelecer com a família uma relação de particular proximidade, o enfermeiro tem a oportunidade de intervir de acordo com as transformações que estejam a ocorrer no seio desta. De acordo com Colière (1989) cuidar é um ato de vida, e reforçando as capacidades individuais dos pais, o enfermeiro atua no sentido de permitir que estes adquiram a autonomia desejada nos cuidados à criança. O enfermeiro cuida para capacitar, o que numa situação de doença pode ser desafiante, assumindo assim um papel crucial no processo de capacitação parental e constituindo um apoio importante no exercício das atividades que visam responder positivamente às necessidades das crianças. (Lopes *et al.*, 2010; Mello e Lima, 2009). De acordo com a DGS (2011), as responsabilidades parentais deverão ser apoiadas e estimuladas, de forma a promover o bem-estar familiar, pelo que se justifica a pertinência da utilização de modelos que visem essa mesma capacitação, tais como os sugeridos pelo conceito de capacitação parental. Por seu lado, e considerando os pais como agentes privilegiados na otimização do potencial de desenvolvimento das crianças, tal como se encontra consagrado no conceito de parentalidade positiva, o enfermeiro pode intervir no sentido de reforçar o papel parental (Heamam *et al.*, 2005). A parentalidade positiva envolve um complexo conjunto de responsabilidades para os pais, fazendo apelo à sua participação ativa e pressupõe atividades quotidianas que previnam comportamentos de risco, que fomentem comportamentos desejados e respondam às diferentes necessidades da criança, (CE, 2008).

Assim, este relatório consagra como objetivo geral:

- Compreender as intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro, assentes na parentalidade positiva, que fomentam a capacitação parental junto da criança doente;

E como objetivos específicos:

- Descrever de forma crítica, as atividades desenvolvidas em contexto clínico;
- Analisar as práticas (à luz dos conhecimentos adquiridos) com a evidência científica, mobilizando como metodologia de pesquisa a Revisão Sistemática da Literatura.

Pretende-se assim que este documento reflita o processo de aquisição de competências, promovido pela relação integrada e dinâmica de conhecimentos, exigida na prestação de cuidados de nível avançado. Surge assim uma análise crítica e reflexiva de cada uma das atividades e estratégias desenvolvidas em contexto clínico, diretamente relacionadas com o tema em estudo. Seguidamente procede-se à contextualização teórica do objeto de interesse e à sua relação com a disciplina da Enfermagem. Por fim, a aplicação da metodologia PI(C)O, através da Revisão Sistemática da Literatura, procura responder às inquietações profissionais decorrentes da prestação de cuidados (relacionadas com a implementação de intervenções assentes na temática da parentalidade positiva rumo à capacitação parental) e impulsiona a reflexão da prática baseada na evidência. Os contributos daí emergentes são alvo de análise, para que se congreguem numa prática cada vez mais especializada, potenciando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às crianças e seus pais.

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

O desenvolvimento de atividades relacionadas com a temática da parentalidade positiva, tendo como meta a capacitação parental, foi uma realidade ao longo do estágio e em cada um dos contextos clínicos. Segue-se assim uma análise crítica e reflexiva das estratégias implementadas, cuja realização se revelou essencial no processo de aquisição de competências.

1.1. SERVIÇO DE NEONATOLOGIA: UM OLHAR SOBRE A VINCULAÇÃO

O Serviço de Neonatologia onde se desenvolveu parte da prática clínica em contexto hospitalar, é uma unidade de cuidados intermédios ao RN, com 5 unidades de internamento em incubadora. Em situações que não exijam permanência em incubadora, apelando contudo à necessidade de cuidados diferenciados, os bebés internados na Neonatologia permanecem em berço, junto das mães. Os RN são admitidos no serviço a partir das 32 semanas de gestação e até aos 28 dias de vida. A admissão do RN no serviço acontece sempre que no momento do nascimento se verifica a necessidade de cuidados diferenciados (RN de baixo peso, RN prematuro ou RN em estado crítico). Um RN pode ainda ser admitido no Serviço de Neonatologia a partir do Serviço de Obstetrícia, da Urgência Pediátrica ou da Consulta de Pediatria.

Os pais são integrados no espaço físico e envolvidos na prestação de cuidados ao RN, uma vez que a filosofia de cuidados assenta no estabelecimento de uma relação de parceria com os pais. Pai e mãe podem permanecer junto do RN até às 23 horas, sendo que no período noturno as mães repousam em alojamento anexo, tendo oportunidade de se deslocar à sala sempre que manifestem esse desejo.

O ambiente é propício à partilha de experiências e conhecimentos entre o enfermeiro e os pais, visando o desenvolvimento de competências parentais no cuidado ao RN. O enfermeiro intervém de forma a dirigir uma atenção particular ao

comportamento parental e a promover um ambiente/contexto favorável ao desenvolvimento dessas competências.

Na operacionalização das atividades a desenvolver neste contexto clínico, considerou-se pertinente atender à base da edificação da parentalidade: a vinculação. Não sendo explícita a aplicação de um modelo de enfermagem subjacente à avaliação do processo de vinculação, apresentou-se como útil a mobilização de uma base conceitual comum, que permitisse inferir acerca de uma “vinculação demonstrada” ou “vinculação não demonstrada”, de acordo com a designação utilizada pela versão 2.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2010). Partindo da noção de que sistematizando essa avaliação se pode contribuir para um investimento na promoção de comportamentos de vinculação, foi avaliada a pertinência da construção de um instrumento que facilitasse a avaliação dos comportamentos parentais na relação com o RN. O mesmo pretende contribuir para uma avaliação mais consistente do desenrolar deste processo, sem negligenciar a subjetividade inerente a esta análise, que se baseia numa avaliação de comportamentos parentais sugestivos de uma vinculação efetiva e comportamentos parentais que indiciam um compromisso desta vinculação, tal como é defendido por Hockenberry e Wilson (2008).

A deteção de situações de comprometimento da vinculação pais-RN impele a uma intervenção dirigida à sua promoção, tendo em vista o interesse superior da criança e a defesa do seu direito ao amor e desenvolvimento harmonioso. Os mesmos autores descrevem comportamentos que se podem considerar como compatíveis com o estabelecer de um processo de vinculação e consideram que face a determinadas atitudes dos pais para com o RN, pode-se de alguma forma depreender acerca da possibilidade de um compromisso na consolidação de fortes laços emocionais entre estes e o RN.

Assim, construiu-se um instrumento de avaliação de comportamentos parentais de vinculação, designado por “Grelha de Avaliação dos Comportamentos de Vínculo” (ANEXO II). Este instrumento, adaptado de Hockenberry e Wilson (2008), permitiu no decorrer do estágio uma avaliação mais consistente do desenrolar do processo de vinculação, através da observação de comportamentos relacionados com diferentes áreas da relação pais-RN, tais como o afeto, a comunicação, a identificação com o RN e a procura em responder às suas necessidades. Para além deste instrumento, foi elaborado um “Guia Orientador de Avaliação/Promoção de Comportamentos de Vínculo” (ANEXO III), com o objetivo de orientar a intervenção dos profissionais na avaliação dos comportamentos parentais de vinculação. Este documento pretende ainda ser um suporte na intervenção dirigida à promoção da vinculação e no encaminhamento de situações em que esta se encontre comprometida, o que contribui para a salvaguarda do interesse

superior da criança, tal como é defendido pelo conceito de parentalidade positiva. De acordo com Klaus e Kennel (1976), para a construção desta relação contribuem diversos fatores, entre os quais se destacam as competências sensoriais do RN, que impulsionam e alimentam este processo. O RN encontra-se preparado para interagir com os pais, e este aspeto foi explorado no “Guia Orientador de Avaliação/Promoção de Comportamentos de Vínculo” (ANEXO III), onde se descrevem as competências do RN e se explicita a forma como se aliam no estabelecimento de uma relação afetiva com os pais.

A aplicação da “Grelha de Avaliação dos Comportamentos de Vínculo” (ANEXO II) foi uma realidade ao longo do estágio no Serviço de Neonatologia, permitindo uma avaliação mais estruturada das relações de vinculação, mantendo-se em uso pelos enfermeiros do serviço após o término do estágio. A experiência foi partilhada em diversos momentos informais com a equipa, que considerou o instrumento de fácil aplicabilidade e adequado às dificuldades sentidas pelos enfermeiros na avaliação do processo de vinculação pais-RN. Os resultados da aplicação encontram-se em anexo (ANEXO IV).

Tal como está previsto na unidade de competência E3.2., do Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro, que define as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, o enfermeiro deve promover a vinculação de forma sistemática. Negociando o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN doente ou com necessidades especiais, o enfermeiro promove o exercício das responsabilidades parentais e o desenvolvimento de competências relacionadas com a satisfação das necessidades do RN. Torna-se indispensável que os pais compreendam que estas necessidades não se resumem a questões físicas, pelo que lhes deve ser explicada a importância dos afetos na recuperação e desenvolvimento do bebé, sendo de particular relevância a promoção da proximidade pais-RN, o contacto físico e a amamentação (Hockenberry e Wilson, 2008). Assim, sempre que no decorrer da aplicação deste instrumento se detetou uma situação sugestiva de comprometimento do processo de vinculação, planearam-se intervenções que fomentassem a proximidade entre os pais e o RN, envolvendo os pais nos cuidados e responsabilizando-os de forma gradual pela sua prestação, no sentido de os capacitar e criar laços afetivos com o RN.

Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de promover uma relação interativa, considerando as competências do RN e o seu papel na relação. Nas situações em que os comportamentos parentais indicem um importante comprometimento do processo de vinculação, o enfermeiro deve continuar a intervir no sentido da sua promoção. Hockenberry e Wilson (2008) consideram que se deve sensibilizar os pais para as

competências do seu bebê, apelando à satisfação das suas necessidades, pois esta proximidade pode contribuir para o estabelecimento de uma relação de afeto. Os mesmos autores realçam que os pais não se devem culpabilizar de não se sentirem envolvidos por laços emocionalmente fortes com o RN, particularmente numa fase inicial. Deve-lhes ser explicado que este processo de envolvimento afetivo pode ser gradual, desenrolando-se ao longo do tempo e que é sempre possível agir tendo em vista este envolvimento.

Verificou-se que a preparação para a alta hospitalar é uma das preocupações da equipa do Serviço de Neonatologia, sendo sempre realizada a referência de enfermagem para o Centro de Saúde da área de residência, de forma a garantir a continuidade dos cuidados, o apoio aos pais e a devida orientação para as áreas consideradas sensíveis do cuidado ao RN. Assim, e de acordo com o que ficou preconizado no Guia Orientador de Avaliação/Promoção de Comportamentos de Vínculo” (ANEXO III), nas situações mais complexas, em que se constate uma total indiferença perante o RN e verificando-se como infrutíferas todas as estratégias promotoras da vinculação, deve considerar-se a possibilidade da criança estar sob o risco de não receber os cuidados essenciais ao seu adequado crescimento e desenvolvimento, sendo a referenciação destes casos um imperativo. Os Cuidados de Saúde Primários surgem como um contexto privilegiado ao seguimento destas situações pela proximidade com a família, permitindo uma avaliação do desempenho parental. Esta prática, já realizada pelos enfermeiros do serviço, encontra-se assim agilizada através de uma avaliação dos comportamentos parentais de vinculação, mais sistematizada e estruturada.

O desenvolvimento das atividades acima descritas deu resposta a objetivos inicialmente traçados no Projeto de Estágio (ANEXO I), que serviu de base ao trabalho desenvolvido ao longo da unidade curricular, pois permitiu a promoção de experiências potenciadoras da parentalidade positiva, no sentido da maximização da saúde e desenvolvimento da criança/jovem e família, em situação de vulnerabilidade. Por outro lado, possibilitou a partilha de conhecimentos na área da promoção da parentalidade positiva, favorecendo o desenvolvimento de habilidades e competências, contribuindo para o conhecimento novo e o desenvolvimento da prática clínica especializada no âmbito desta temática. Considera-se ainda que, através da operacionalização destas atividades, foi possível enriquecer de forma notória o trabalho desenvolvido neste contexto clínico, colocando em evidência a importância de se atuar em parceria com os Cuidados de Saúde Primários, numa perspetiva que visa a defesa da criança, a sua segurança e estabilidade afetiva.

No contexto do Serviço de Neonatologia, e tendo como meta o cumprimento dos objetivos inicialmente propostos para a respetiva unidade curricular, foram também

desenvolvidas atividades cuja realização se revelou fundamental para o desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. De acordo com o critério de avaliação E1.1.2., o enfermeiro especialista nesta área comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. Este aspeto particular, relacionado com a comunicação, foi tomado em consideração na forma como se acolheu o RN com a família na admissão no serviço, procurando estabelecer com os pais uma relação de parceria. Este envolvimento, iniciado no momento do acolhimento, permitiu traçar com os pais um plano de cuidados ao RN, envolvendo-os nas decisões a serem tomadas.

O minimizar dos estímulos que podem influenciar o equilíbrio do RN prematuro e a gestão do stress parental relacionado com as situações de especial complexidade, foram outros aspetos a que se pretendeu dar resposta ao longo do estágio. Procedeu-se ainda à elaboração de uma “Grelha de observação física e comportamental/neurológica do RN” (ANEXO V), de forma a sistematizar essa mesma observação e agilizar a colheita de dados, o que contribui para um diagnóstico precoce das situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança.

A prestação de cuidados de enfermagem ao RN de risco, através de uma adequada colheita de dados, da identificação dos problemas/elaboração de diagnósticos de enfermagem, do planeamento de cuidados de enfermagem (envolvendo os pais e integrando a educação para a saúde na prática de cuidados), permitiu a deteção de situações de instabilidade e o conhecimento da família. A avaliação dos cuidados prestados e a reflexão acerca da prática, vem confirmar a singularidade de cada RN e da sua família, fazendo apelo ao respeito pela forma como os pais vivenciam cada momento.

Todas as atividades descritas contribuíram para dar resposta aos objetivos inicialmente propostos, especificamente relacionados com o assistir a criança com a família na maximização da sua saúde, com a prestação de cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, e por fim com o cuidado à criança e família nas situações de especial complexidade. Este contexto clínico revelou-se favorecedor e facilitador da aprendizagem, permeável e recetivo, permitindo a partilha de experiências e a aquisição de conhecimentos na área da especialidade. Tomar contacto com uma prática de enfermagem que privilegia o estabelecimento de relações de parceria com os pais e fomenta a sua proximidade afetiva e relacional com o RN, realça a importância de criar um ambiente potenciador de afetos, tendo como meta a estabilidade/segurança da criança e a autonomia parental na gestão dos cuidados que lhes são prestados.

1.2. SERVIÇO DE PEDIATRIA: CAPACITAR PARA A GESTÃO DA DOENÇA

O Serviço de Pediatria enquadra uma unidade de pediatria médica, destinada ao internamento de crianças com idade compreendida entre os 29 dias de vida e os 17 anos. Neste serviço realizam-se também tratamentos em regime de Hospital de Dia, nomeadamente a crianças com doença oncológica. A admissão das crianças acontece a partir do Serviço de Urgência Pediátrica ou do Serviço de Consulta Externa de Pediatria.

As atividades desenvolvidas neste contexto clínico, foram projetadas no sentido da promoção da capacitação parental pela adoção de comportamentos enquadrados na temática da parentalidade positiva. Considerou-se pertinente adequar essas mesmas atividades a questões mais concretas, como sejam a promoção da gestão parental do regime terapêutico e a promoção da capacidade de tomada de decisão dos pais de crianças com doença crónica. Esta opção foi tomada tendo como base o facto de a condição de doença crónica em crianças resultar num acréscimo das tarefas, responsabilidades e preocupações à maioria das famílias, colocando os pais num desafio emocional e físico exigido pela adaptação à realidade da vida da criança e aos cuidados exigidos em situação de doença (Hockenberry e Wilson, 2008 citando Ray, 2002).

“Considera-se doença crónica aquela que tem um curso longo, podendo ser incurável, deixando sequelas e impondo limitações às funções do indivíduo, requerendo adaptação.” (Woods *et al.*, 1989: 46). Assim, e ponderando as experiências vividas durante o estágio, optou-se por dirigir as atividades a pais de crianças com diabetes inaugural (pela promoção da gestão parental do regime terapêutico) e a pais de crianças com paralisia cerebral (pela promoção da capacidade de tomada de decisão parental).

Capacitar para a gestão do regime terapêutico

O número de crianças e adolescentes com diabetes tem vindo a crescer de forma regular por todo o mundo. Em termos gerais, os países com melhores condições de vida são também os que têm uma percentagem mais elevada de crianças com Diabetes Mellitus tipo 1 (OE, 2011). Sendo a diabetes uma das doenças crónicas cujo regime terapêutico é mais difícil de cumprir, uma vez que toca diversas esferas da vida da criança, exigindo conseqüentemente distintos cuidados, esta configurou-se como uma área privilegiada de atuação. Embora inúmeros fatores interfiram com o nível de adesão ao regime terapêutico, vários autores descrevem o apoio parental como a variável

psicossocial que emerge como o preditor significativo dessa mesma adesão (Weinger *et al.*, 2001; Greening *et al.*, 2006).

Couto e França (2012) referem que o apoio parental é uma dimensão da parentalidade valorizada de forma particular pelos adolescentes, em especial nos processos de doença crónica. Os mesmos autores acrescentam ainda que o Modelo de Parceria nos Cuidados, de Anne Casey permite analisar a unidade familiar, identificar as atividades de apoio parental mais frequentes e a forma como o adolescente mobiliza esse apoio no processo de adaptação à doença e à adesão ao regime terapêutico, pelo que se considera pertinente o seu enquadramento como referencial teórico.

Foi no sentido de promover o envolvimento parental no processo educacional da criança diabética, que se desenvolveu uma aplicação informática de carácter educativo, que pretende a aquisição de conhecimentos essenciais para a gestão do regime terapêutico na criança com diabetes. O jogo, intitulado “Diabetes – a brincar vamos aprendendo” (ANEXO VI), foi construído de forma a criar momentos de interação entre a criança e os pais, fazendo apelo à comunicação e às trocas afetivas através de uma estratégia essencialmente lúdica. A linguagem utilizada permite a sua compreensão a partir da idade escolar.

Com o intuito de orientar a intervenção dos profissionais na educação à família da criança diabética, foi elaborado um documento de apoio ao jogo intitulado “Brincar – uma estratégia educativa na abordagem à criança/adolescente diabético” (ANEXO VII). Este documento pretende ser um suporte na aplicação de estratégias educativas, onde a vertente lúdica surge como um caminho a explorar, pelos benefícios físicos, cognitivos e psicossociais que daí advêm. É a brincar que a criança comunica com o meio em que vive, exprimindo ativamente os seus sentimentos, ansiedades e frustrações (Papalia *et al.*, 2009).

No decorrer do estágio foi possível constatar que a vertente educacional da criança diabética e dos seus pais, é considerada como primordial pelos enfermeiros responsáveis pelo cuidado à criança. O Modelo de Parceria nos Cuidados é utilizado como referencial concetual, de forma de promover a autonomia, confiança e responsabilidade parental pela prestação dos cuidados à criança diabética.

A realização das atividades acima descritas permitiu promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (unidade de competência E2.5.), implementando e gerindo em parceria um plano de saúde promotor da parentalidade e da capacidade para gerir o regime (unidade de competência E1.1., do Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro). Toma-se como evidente a importância de abordar todo o sistema familiar e considerar as suas implicações como o centro do cuidado, envolvendo cada elemento que o integra num projeto de saúde, que não pode negligenciar a vertente

educacional. A operacionalização destas atividades foi particularmente enriquecedora, expondo receios e dúvidas de quem tem a responsabilidade de cuidar de uma criança com uma doença crónica, tendo que lidar também com a complexidade que lhe está associada e com as emoções que daí emergem.

Capacitar para a tomada de decisão parental

As intervenções dirigidas à capacitação para a tomada de decisão parental, foram planeadas após uma cuidada avaliação da sua necessidade. A situação sobre a qual se delineou um plano de cuidados dirigido, encontrava-se devidamente identificada pela equipa de enfermagem, consistindo em traços gerais numa família composta por uma criança de 7 anos com paralisia cerebral e seus pais. A criança apresentava incapacidade de comunicar verbalmente e de se mobilizar de forma autónoma, utilizando um código de entendimento com os pais, que se caracterizava essencialmente por movimentos da cabeça e pequenos gestos. O baixo peso para a sua idade, pelo comprometimento parcial do reflexo de deglutição, era uma preocupação já identificada. Sendo a mãe o principal cuidador, despendia muito tempo a alimentar a criança, identificando-se sinais de exaustão e ansiedade materna. Várias vezes lhes tinha sido proposta a colocação de uma sonda de gastrostomia, contudo a decisão dos pais mantinha-se na recusa em proceder à realização da cirurgia, com a justificação de não infligir mais sofrimento à criança.

Desta forma, e de acordo com versão 2.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2010), elaborou-se um plano de cuidados com o intuito de preparar os pais para a tomada de decisão, uma vez que o exercício da parentalidade positiva envolve aspetos relacionados com a mudança, adaptação e aprendizagem. De acordo com Fielden e Gallagher (2008), é através dessa capacidade de adaptação que se torna possível aos pais progredirem na sua própria parentalidade, adquirindo competências necessárias à tomada de decisão parental.

Após uma adequada colheita de dados, delineou-se um plano de cuidados que seguidamente se apresenta.

Tabela nº 1 – Plano de cuidados elaborado tendo em vista a capacitação parental para a tomada de decisão, de acordo com a versão 2.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2010).

Foco de atenção	Intervenções	Resultado
<p>Processo de Tomada de Decisão</p>	<p>Estabelecer a confiança</p> <p>Consultar o prestador de cuidados</p> <p>Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos</p> <p>Providenciar orientação antecipada à família</p> <p>Providenciar orientação para a realidade</p> <p>Promover a parentalidade efetiva</p> <p>Envolver no processo de tomada de decisão</p>	<p>Disponibilidade para a tomada de decisão</p> <p>Tomada de Decisão Efetiva</p>

O trabalho específico com esta família foi moroso, tendo sido necessário um investimento ativo no estabelecimento de confiança, na desmistificação de algumas ideias menos precisas e na orientação parental. Resultou uma tomada de decisão efetiva e autónoma de ambos os pais, de forma a otimizar o crescimento e desenvolvimento da criança e fazendo face às suas necessidades específicas de saúde, dimensões contempladas no exercício da parentalidade positiva, segundo o CE (2008).

O desenvolvimento das atividades acima descritas contribuiu para a aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, uma vez que permitiu a gestão diferenciada do bem-estar da criança, otimizando as respostas (unidade de competência E2.2.). Por outro lado, promoveu-se a adaptação da criança e família à deficiência/incapacidade (unidade de competência E.2.5.). Ao longo do contacto com esta família, atendeu-se à necessidade de comunicar de forma apropriada, incorporando o código comunicacional utilizado pelos

pais e pela criança. Assim, assume-se a concretização do objetivo de assistir a criança com a família, na maximização da sua saúde, traçado no Projeto de Estágio (ANEXO I).

Da operacionalização das atividades descritas resultou uma reflexão acerca das dificuldades enfrentadas pelos pais que lidam com a realidade de um filho com uma incapacidade/deficiência. Considera-se que o enfermeiro deverá ser sensível às respostas emocionais dos pais, sendo de particular importância o estabelecimento de uma relação empática, que transmita confiança e permita a concretização de uma verdadeira parceria na prestação de cuidados à criança. Só uma intervenção articulada permite envolver os pais nas decisões de saúde, tomando como objetivo último a defesa e a proteção dos interesses da criança.

Tendo como meta o cumprimento dos objetivos inicialmente propostos para a respetiva unidade curricular, no Serviço de Pediatria foram realizadas atividades menos focadas na temática da parentalidade positiva e da capacitação parental, que seguidamente se descrevem.

O acolhimento da criança com a família no momento da admissão no serviço, foi uma vertente dos cuidados à qual se dirigiu uma atenção particular, pela sua importância na apreensão do contexto social e familiar em que a criança se insere. Só através de uma adequada colheita de dados, é possível identificar de forma mais precisa as questões sobre as quais se devem traçar intervenções de enfermagem, no sentido de dar resposta aos focos identificados, pelo que se considera que este aspeto se revelou essencial para uma prática especializada.

Um adequado planeamento dos cuidados de enfermagem, integrando a dimensão da educação para a saúde, permitiu ainda que se procedesse a uma avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, com a participação ativa dos pais. Assim, foi possível instruí-los no sentido da promoção do desenvolvimento da criança, respeitando a sua individualidade e ritmo próprio, aspeto também inerente à parentalidade positiva. Sempre que se detetou qualquer situação de compromisso do crescimento e/ou desenvolvimento infantil, esta foi referenciada para os Cuidados de Saúde Primários, de forma a garantir a continuidade dos cuidados.

Os pais foram sempre envolvidos na prestação de cuidados à criança, de acordo com as suas capacidades e desejo. Desta forma, considera-se que se procedeu no intuito de minimizar os efeitos negativos da hospitalização, que advêm de stressores como a separação e perda de controlo. Através da participação dos pais como parte integrante da equipa e traduzindo uma relação de parceria, atuou-se no sentido de minimizar o stress parental e promover a adaptação da criança e pais à doença.

Face ao exposto, todos os momentos se configuraram como uma oportunidade de avaliar e intervir junto da criança e família, capacitando os pais para o exercício de uma

parentalidade positiva. Destas atividades resultou a agilização de uma intervenção com a família, que é encarada como centro do cuidado e envolvida no seu planeamento, o que permitiu fazer face às inquietações que estiveram na base de todo o trabalho desenvolvido. Por outro lado, foi possível apreender a importância e o impacto positivo do envolvimento parental na prestação de cuidados à criança doente.

Realizaram-se ainda atividades relacionadas com a gestão de cuidados, com a cooperação da Enfermeira Chefe, através da observação participativa (ANEXO VIII). As atividades realizadas enquadraram-se numa perspetiva de adquirir competências no âmbito da gestão de recursos humanos e materiais, dando ênfase a questões específicas, tais como estilos de liderança, gestão de conflitos, tomada de decisão, funções de chefia, delegação de funções e formação contínua. Com a sua realização contribuiu-se para o desenvolvimento de Competências previstas Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), tais como a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (unidade de competência C1.1.) e a orientação e supervisão das tarefas delegadas, como forma de garantir a segurança e qualidade (unidade de competência C1.2).

Fazendo face a uma necessidade específica do serviço, reorganizou-se o material de consumo clínico e a medicação da sala de emergência, de forma a agilizar a atuação nas situações de risco clínico e especial complexidade. Foi criado um tabuleiro com o material indispensável para a abordagem da via aérea em pediatria, com o respetivo relatório de conteúdo, que veio colmatar uma necessidade identificada pela equipa de enfermagem.

Salienta-se ainda a importância da troca de experiências e do debate com os enfermeiros da equipa, que contribuiu de forma inequívoca para o crescimento pessoal e profissional pretendido, elevando o conhecimento na área da especialidade.

1.3. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA: OS PAIS COMO PARTE INTEGRANTE DA EQUIPA DE CUIDADOS

O Serviço de Urgência Pediátrica recebe crianças vindas do exterior, crianças referenciadas pelos Centros de Saúde ou ainda pela Linha Saúde 24, com idade igual ou inferior a 17 anos. No momento da admissão as crianças são triadas pelo enfermeiro, sendo-lhes atribuída uma prioridade de atendimento, a partir de critérios clínicos bem definidos, subjacentes à Triagem de Manchester. Esta triagem assume um carácter

interventivo, uma vez que se encontra protocolada a atuação do enfermeiro em situações clínicas específicas. Após a triagem, as crianças são encaminhadas de acordo com o tipo de avaliação médica exigida.

Os cuidados de enfermagem prestados estão distribuídos por áreas de intervenção: Triagem, Sala de Tratamentos/Sala de Emergência e Sala de Observação. A comunicação efetiva entre os elementos da equipa é um fator de realce, permitindo garantir um conhecimento de todas as crianças que se encontram em atendimento, bem como uma prestação de cuidados que se caracteriza pela individualidade e adequação às necessidades da criança e dos seus pais. É perceptível a preocupação em acolher a criança com os seus pais ou outros acompanhantes, particularmente na Sala de Observação, onde a sua presença é desejada pelos profissionais, como forma de gerar sentimentos de confiança e tranquilidade. Os pais são envolvidos nos cuidados prestados, participando e colaborando com a equipa de enfermagem.

Como forma de promover experiências potenciadoras da parentalidade positiva, no sentido da maximização da saúde/desenvolvimento da criança, e fomentando a partilha de conhecimentos nesta temática, realizou-se a atividade “Quando o meu filho fica doente sinto-me...” (ANEXO IX). Consistiu numa consulta anónima e voluntária aos pais das crianças que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica, no sentido de apreender os sentimentos experimentados perante a realidade da doença da criança. Durante 3 dias consecutivos, e após a realização da triagem, foi solicitada aos pais a sua participação nesta atividade, sendo-lhes facultado um impresso que deveriam preencher caso aceitassem colaborar. Nesta abordagem inicial transmitia-se aos pais a noção de que o seu envolvimento, opinião e participação nos cuidados à criança são considerados pelo enfermeiro como verdadeiramente importantes, pelo que o interesse em conhecer os seus sentimentos resulta da sua valorização enquanto principais cuidadores da criança. O impresso deveria ser colocado numa caixa na sala de espera. Os pais foram informados que todos os contributos seriam expostos sob a forma de um cartaz colocado nesse mesmo espaço, durante a semana seguinte.

Esta atividade pretendeu sensibilizar os pais das crianças que recorreram ao Serviço de Urgência Pediátrica para a valorização do seu papel de cuidadores, como parceiros de uma equipa que se encontra preparada para os acolher, criando também a noção de responsabilização parental na gestão dos cuidados à criança doente.

Por outro lado, conseguiu-se também sensibilizar a equipa de enfermagem para o importância de considerarem as respostas emocionais dos pais e o seu envolvimento no cuidado à criança doente, podendo contribuir para potenciar a qualidade dos cuidados prestados. De acordo com Casey (1993) e Farrel (1994), além da prestação, colaboração ou supervisão dos cuidados, e educação aos pais, é papel do enfermeiro o apoio

emocional aos pais, devendo esta vertente do cuidado ser considerada na abordagem da criança/pais. Conhecer as expectativas parentais e sentimentos relativos à criança, bem como as suas emoções, permite estabelecer um clima de confiança entre o enfermeiro e a família (Casey, 1993). Esta atividade permitiu estabelecer com a criança e seus pais uma parceria de cuidar, no sentido da promoção da parentalidade, dando resposta à competência “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro).

Como forma de dar cumprimento aos objetivos inicialmente propostos para a respetiva unidade curricular, foram realizadas atividades cujo ênfase principal não se centrou no tema da parentalidade positiva e da capacitação parental para o cuidado à criança, mas que contribuíram para o desenvolvimento de competências da área da especialidade e que seguidamente se descrevem. Assim, e dando cumprimento ao que foi antecipadamente planeado no Projeto de Estágio (ANEXO I), procedeu-se a uma avaliação das necessidades formativas dos enfermeiros do serviço, através de uma consulta informal aos enfermeiros cooperantes e à enfermeira chefe, tendo sido considerado que o momento não seria oportuno para a realização de atividades de caráter formativo.

No intuito de desenvolver competências consagradas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro), planeou-se a prestação de cuidados à criança em situação de urgência, dirigindo um olhar atento às situações de risco clínico, identificadas na realização da triagem. Todas as áreas de intervenção mereceram a mesma dedicação, tendo sido possível integrar a dimensão da educação para a saúde na prestação de cuidados.

O contexto específico da Sala de Tratamentos, pela necessidade de submeter a criança a procedimentos invasivos, exigiu um enfoque particular na minimização do stress parental. Assim, pretendeu-se diminuir o impacto de stressores como a perda de controlo e a dor, através do envolvimento parental no planeamento dos cuidados. A gestão diferenciada da dor, permitiu a otimização de respostas, contribuindo para o bem-estar da criança. A comunicação com a criança foi também um aspeto desenvolvido, uma vez que se pretendeu apropriar a linguagem ao seu estadió de desenvolvimento, o que exigiu um conhecimento aprofundado sobre técnicas de comunicação e sobre o desenvolvimento da criança.

A prestação de cuidados na Sala de Observação permitiu acompanhar situações de risco clínico, pela mobilização de conhecimentos que facilitam a rápida identificação de focos de instabilidade. Considera-se assim, que as atividades descritas permitiram desenvolver competências de cuidado em situações de especial complexidade, dando

resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, tal como se encontra previsto no Regulamento que determina as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Este contexto assumiu-se como um espaço que permitiu tomar contacto com um vasto leque de situações clínicas, contribuindo para a partilha de conhecimentos com outros profissionais e configurando-se como de particular importância para o alicerçar de saber na área da especialidade. O estabelecimento de uma relação de parceria com os pais foi tido como um contributo essencial, fomentando a decisão informada, consolidando competências parentais e procurando responder às suas dúvidas e receios.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A base estrutural do apoio à família passa por habilitar e capacitar o sistema familiar, utilizando a aceitação e o respeito como elementos básicos no processo de delegação de poderes de decisão. “Nesta relação de parceria construída com as crianças e famílias, os enfermeiros desempenham um papel privilegiado ao promoverem a adaptação aos desafios de saúde (...), proporcionando qualidade de vida a todos os intervenientes.” (OE, 2011: 62).

As atividades descritas no capítulo anterior, foram definidas a partir de bases teóricas que as suportam e fundamentam, e que seguidamente se apresentam.

2.1. A VINCULAÇÃO, A PARENTALIDADE POSITIVA E O AFETO COMO ALICERCE DA RELAÇÃO

Os pais enquanto figuras de **vinculação** e no exercício da parentalidade, permitem à criança desenvolver um sentimento de confiança e segurança em si própria e nos outros. Se as figuras de vinculação se apresentarem como uma base segura, a criança revelar-se-á mais competente na exploração do mundo (Bowlby, 2002).

A vinculação pais-RN, e particularmente o envolvimento emocional materno, tem sido um tema amplamente debatido e estudado por diversos autores. De acordo com Troy (1995), no momento em que uma mãe pega no RN pela primeira vez e em que se estabelece entre ambos o primeiro contacto, dá-se o início de uma ligação emocional de características singulares. Este autor defende que quanto mais precoce é este contacto, mais rapidamente se observa o envolvimento emocional da mãe com o filho. Outros autores, tais como Figueiredo (2004), defendem que a vinculação não emerge de forma imediata, intensificando-se com o tempo, sendo construída de forma gradual e alicerçando-se sobre a interação estabelecida entre os pais e o filho. Bowlby (1984) realça a importância da existência de uma figura de vinculação com quem se estabeleça

uma ligação emocional duradoura e estável e, a partir da qual a criança construa expectativas acerca de si própria, acerca das relações interpessoais e do mundo. Refere ainda que os vínculos precoces são fundamentais para a sobrevivência do RN, possibilitando a manutenção do contacto e proximidade com os cuidadores.

Stern (1995), defende que o investimento afetivo e emocional dos pais é elemento decisivo na qualidade dos cuidados que providenciam à criança, repercutindo-se no seu bem-estar e desenvolvimento. Para a construção desta relação de amor, contribuem diversos fatores tais como a forma como decorreu e foi vivida a gravidez, a experiência do parto e o contexto social e familiar que recebe o RN (Klaus e Kennel, 1976).

O enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica atua de forma a promover a vinculação de modo sistemático, de uma forma particular no caso do RN doente ou com necessidades especiais. Promover o contacto físico dos pais com o bebé, avaliar o desenvolvimento da parentalidade e negociar a participação dos pais nos cuidados ao RN, são algumas das intervenções que visam a maximização do potencial de desenvolvimento da criança até à juventude.

É com a perspetiva do nascimento de um filho que se inicia o projeto de vida de se tornar mãe ou pai, podendo este configurar-se como um dos mais exigentes papéis sociais desempenhados pelo indivíduo no seu percurso de vida. O papel parental, de carácter singular, invoca todo um conjunto de competências emocionais, comportamentais e cognitivas que exigem uma adaptação a novos modos de ser e viver (Janisse *et al.*, 2009).

À criança é conferido o direito ao amor e compreensão, por parte dos pais e da sociedade. Estes são requisitos necessários para garantir o seu desenvolvimento pleno e harmonioso. Preconiza-se que sempre que possível, a criança cresça com o amparo e sob a responsabilidade dos seus pais, num ambiente de afeto e segurança moral (Convenção sobre os Direitos da Criança, 1989). É no seio da família, e mais especificamente a partir das interações entre os seus membros, que se experimentam ambientes potenciadores de afetos. A relação pais-filho assume uma importância incontornável, pelo seu carácter único. No exercício da **parentalidade positiva**, a criança assume-se como figura central, com direitos, características e potencialidades a desenvolver (Saudade *et al.*, 2010). A própria criança é a condição mais importante no processo de construção e exercício da parentalidade, pois no decorrer do seu desenvolvimento vai apelar a uma parentalidade em constante redefinição (Levobici, 2004).

O conceito de parentalidade positiva é definido como “um comportamento parental baseado no Superior Interesse da Criança; fundado no respeito pelos seus direitos, que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas, através da proteção dos riscos e

da criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia” (CE, 2008: 144).

A parentalidade positiva pressupõe atividades quotidianas que previnam comportamentos de risco, que fomentem comportamentos desejados e respondam às diferentes necessidades da criança, envolvendo um complexo conjunto de responsabilidades para os pais. De acordo com o CE (2008), o exercício da parentalidade positiva integra cinco dimensões distintas, pressupondo a realização de atividades que visam responder às diferentes necessidades da criança, promovendo a sua capacitação e proporcionando-lhe reconhecimento e orientação, podendo-se definir como:

- Necessidades físicas da criança (necessidades básicas como a alimentação, repouso e higiene);
- Segurança da criança (proteção da saúde, prevenção da exposição aos perigos e cuidados na doença);
- Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança (promoção de comportamentos adequados, promoção do desenvolvimento e estimulação da criança);
- Comunicação positiva com a criança (desenvolvimento de interação entre pais e crianças e a adoção de relacionamentos de afeto e amor);
- Disciplina positiva (promoção do autocontrole e estabelecimento de limites à criança com consistência e amor).

Seligman (2004), realça o facto do conceito de parentalidade positiva emergir de outros, tais como a resiliência, o otimismo, o bem-estar e a esperança. Incorporado na versão 2.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem como foco de atenção, foi denominado por “Parentalidade Efetiva” (ICN, 2010). É identificado como área de atenção relevante para a enfermagem e considerado como:

Tomar conta: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (OE, 2011: 66).

Este conceito, de distintas dimensões, caracteriza-se por ser dinâmico e integrador daquilo que representa a condição de ser pai ou mãe, fazendo apelo à responsabilização parental.

Segundo Cruz (2005), a dimensão comportamental da parentalidade tem sido estudada de forma aprofundada, no sentido de identificar aspetos relacionados com os fatores que determinam a diferenciação da ação parental, os contextos em que estas ações se desenrolam e concretamente o tipo de ações que integram este papel. O exercício da parentalidade positiva envolve aspetos relacionados com a mudança, adaptação e aprendizagem, necessários para que os pais progridam na sua própria parentalidade, adquirindo competências necessárias à tomada de decisão parental (Fielden e Gallagher, 2008). Crnic e Low (2002) reforçam a noção de adaptação inerente ao conceito de parentalidade positiva, acrescentando que esta se constitui a partir das perceções dos pais acerca das suas próprias capacidades para fazer face às exigências e responsabilidades impostas pelo papel parental. Face a experiências positivas relacionadas com os cuidados aos filhos, os pais desenvolverão a crença nas suas próprias capacidades. Por outro lado, se o seu desempenho for entendido como difícil ou frustrante, será vivido como um acontecimento gerador de stress, influenciando a relação pais-filhos de uma forma menos positiva.

Russel (1997), realça a importância do carinho parental como variável essencial no exercício da parentalidade positiva. Considera que os pais devem assumir atitudes que melhorem as trocas afetivas, dirigindo respostas emocionais adaptadas à criança e ao seu comportamento. O mesmo autor acrescenta que a criança deve ser alvo de ternura e afeto, e realça a importância de lhe oferecer respostas que transmitam alegria e proteção. Pecnik (2008) considera que a qualidade das trocas afetivas entre pais e filhos é um aspeto fulcral da parentalidade positiva, como forma de perspetivar e responder de forma autêntica às necessidades da criança. Implica ainda competências parentais relacionadas com a proximidade relacional e afetiva, tal como é descrito na Convenção dos Direitos da Criança pela Assembleia Geral das Nações Unidas (Pecnik *et al.*, 2006).

A capacitação surge como um dos elementos centrais na parentalidade, implicando a valorização das forças da criança, refletindo a crença de que os pais devem respeitar a capacidade evolutiva dos filhos e reconhecendo que a infância e a parentalidade são ambos processos dinâmicos. A parentalidade positiva integra como uma das suas principais vantagens esta promoção da capacitação dos pais para o desenvolvimento do papel parental (Lopes *et al.*, 2010).

2.2. O EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE PERANTE A CRIANÇA DOENTE

Ao olhar para a infância, espera-se a vivência de situações de saúde que permitam à criança crescer e desenvolver-se, pelo que lidar com a doença da criança se pode tornar inquietante. De acordo com Vieira e Lima (2002), fatores como a complexidade da doença, o seu tratamento e a previsibilidade influenciam a vivência da doença por parte da criança e também da sua família. No momento em que lhes é comunicado o diagnóstico, os pais vivem um sentimento de perda. Lowes e Lyne (2000) descrevem esta fase inicial como aquela em que se experimenta o impacto, negação e picos emocionais. A segunda fase é caracterizada pelo delinear de estratégias de coping para resolver a crise, o que leva ao início da adaptação à mudança. Segundo os mesmos autores, o sofrimento emocional vivido pelos pais é intenso. De acordo com Jorge (2004) as estratégias de coping a utilizar, o reajuste de papéis e o tipo de problemas a resolver podem ser idênticos quer se esteja perante uma hospitalização por doença aguda ou crónica, requerendo uma mobilização das competências parentais, que nas situações de doença aguda obriga a uma rápida adaptação para lidar com a situação de crise.

A situação de doença constitui uma experiência de transição parental que implica mudanças nas rotinas individuais e familiares, capazes de perturbarem o desenvolvimento emocional das crianças e dos pais. Para Meleis (2005, p.107), o cliente deve ser perspectivado como um "(...) ser humano com necessidades específicas que está em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas mudanças mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio". O conceito de transição acomoda assim a continuidade e descontinuidade dos processos de vida, entre estados de equilíbrio.

Perante a doença de um filho os pais podem sentir dúvidas relacionadas com a sua capacidade para cuidar da criança (Jorge, 2004; Maltby *et al.*, 2003). Torna-se imperativa a avaliação da parentalidade e das estratégias que permitirão a adaptação à nova realidade. Para isto é necessário estar atento ao conflito e angústia que os pais podem sentir face às mudanças percebidas no seu papel parental e que surgem como resposta a fatores perturbadores (Reis, 2007). Perante uma situação de doença crónica, as competências parentais e a capacidade para cuidar da criança, são intensamente desafiadas, registando-se mudanças e alterações no quotidiano da criança e da família (Maltby *et al.*, 2003).

Melo (2011: 16) considera que "o impacto da doença e da hospitalização na criança e família, bem como, as estratégias para a gestão da doença constituem áreas

emergentes no âmbito da enfermagem pediátrica”. É importante considerar que sentimentos como insegurança e medo de não conseguir corresponder às expectativas dos enfermeiros, podem erguer-se como barreiras ao desenvolvimento do seu papel parental, em particular no início do processo de doença. Perante a necessidade de hospitalização, as responsabilidades parentais alteram-se e os pais podem sentir que o seu papel está comprometido (Magalhães, 2011).

É essencial integrar os pais nas unidades de saúde, valorizando e compreendendo o papel parental, e considerando que a prática de enfermagem deve contemplar a sua capacitação, para que cada vez mais se adequem os cuidados às necessidades da criança. São os pais quem melhor conhece a criança e considerando a sua perspetiva poderá ser possível desenvolver intervenções mais ajustadas (Melo, 2011).

Segundo Abecassis (2002: 20), são os pais que “(...) passam mais tempo com a criança, são eles quem mais sofre com a doença ou a falta de saúde dos filhos, e são eles os principais interessados em manter a saúde da criança” . A família é uma constante da vida da criança e o enfermeiro deve comprometer-se a incluí-la nos seus cuidados, como condição essencial para o bem-estar da criança. É no seio da família que esta aprende, se socializa e constrói a sua personalidade, pelo que a sua inclusão surge como uma das melhores práticas de enfermagem pediátrica (Wright e Leahey, 2002).

2.3. INTERVIR PARA CAPACITAR: APLICAÇÃO DO MODELO DE PARCERIA NOS CUIDADOS, DE ANNE CASEY

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica utiliza um modelo de intervenção cujo enquadramento concetual se centra na criança e família. A implementação de um plano promotor da parentalidade, que proporcione o conhecimento e aquisição de habilidades favoráveis ao desenvolvimento de competências necessárias à gestão dos processos de saúde/doença, implica o trabalho em parceria com a criança/família, encarando sempre este binómio como a base da intervenção do enfermeiro (OE, 2010).

Espera-se que o enfermeiro apoie os pais e os aconselhe no desenvolvimento das suas competências parentais. Com o intuito de oferecer uma resposta de enfermagem adequada, o enfermeiro deverá conhecer as necessidades e apelos da criança, no contexto das fases distintas de desenvolvimento que esta vivencia. Assim, pode contribuir de forma crucial para a capacitação parental, apoiando os pais a assumirem o seu papel

a partir de uma abordagem suportada pelo conceito de uma parentalidade positiva, que reconhece os pais como agentes privilegiados na otimização do potencial de desenvolvimento das crianças (Heaman *et al.*, 2005). A sua intervenção com vista à promoção de competências parentais deve permitir que os pais assumam que a qualidade do afeto, a compreensão, o conforto, a segurança e a liberdade, podem condicionar o desenvolvimento saudável da criança (Saudade *et al.*, 2010).

A prática dos cuidados de enfermagem à criança baseia-se numa abordagem centrada na criança e pais, devendo estes ser envolvidos no planeamento e implementação dos cuidados ao seu filho, sob orientação do enfermeiro. Cabe então ao enfermeiro apoiar, respeitar, encorajar e enfatizar as potencialidades e a competência da família. Com o intuito de ir ao encontro das necessidades específicas de cada criança/família, deve promover-se a parceria na prestação de cuidados, procurando manter a força dos papéis e laços familiares e promover a normalidade da unidade familiar. Os cuidados de enfermagem à criança/família, numa perspetiva de parceria, podem utilizar como base concetual o Modelo de Enfermagem de Parceira nos Cuidados, de Anne Casey. Este modelo encara a abordagem à criança/jovem, tendo como ponto de partida a centralidade dos cuidados na família, reforçando a família e concretamente os pais nos seus papéis naturais de cuidadores. A partir das suas forças singulares e reconhecendo a sua experiência de cuidar dos filhos, considera as necessidades de todos os membros da família, potenciando a tomada de decisão e o crescimento como cuidadores e gestores do processo de doença da criança (Mano, 2002).

Anne Casey elaborou o Modelo de Enfermagem de Parceria nos Cuidados em 1988, que se direciona para a prestação de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico. Este modelo valoriza o amor como forma de cuidar, motivo pelo qual os pais serão os melhores prestadores de cuidados à criança. Permite ainda identificar de forma clara o papel dos pais na construção do processo de cuidado, o desenvolvimento de competências de comunicação, relação de ajuda, ensino e trabalho em grupo. “O modelo de parceria, constitui então uma filosofia de cuidados de enfermagem que reconhece e valoriza a importância da família para o bem-estar presente e futuro da criança” (Ferreira e Costa, 2004: 57).

Através de uma prática negociada com os pais e com a criança, este modelo permite a partilha de conhecimentos e informação, capacitando os pais na tomada de decisão e dotando-os de poder na gestão dos cuidados à criança, para que juntos alcancem a satisfação das suas necessidades (Mano, 2002).

O Modelo de Enfermagem de Anne Casey, engloba cinco conceitos principais: a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro (Casey, 1993, citado em Farrel, 1994). O enfermeiro deve apenas desenvolver os cuidados mais técnicos e

especializados de enfermagem, incentivando os pais a prestar os cuidados familiares, de suporte às necessidades básicas da criança, tais como os cuidados de higiene e alimentação, entre outros. Se a família não possuir as capacidades ou conhecimentos necessários para garantir a eficácia desses mesmos cuidados, o enfermeiro deve interferir no sentido de otimizar essa resposta, tendo como principal missão a supervisão e devendo prestar cuidados especializados à criança sempre que o seu estado de saúde assim o exija. Em todo este processo, não se estabelece uma fronteira fixa, o que permitirá que o enfermeiro desempenhe atividades familiares e os pais desempenhem cuidados mais especializados, devidamente orientados e supervisionados, como fim o bem-estar da criança (Farrel, 1994).

A vivência da doença da criança e o seu impacto na gestão das suas rotinas diárias, devem ser tidos em conta quando se planeia a prestação de cuidados de enfermagem, com o objetivo de procurar o seu conforto e capacitar os pais para cuidar da criança. O enfermeiro deve agir no sentido de desenvolver uma relação de ajuda com os pais, implementando estratégias de apoio que visem o seu envolvimento nos cuidados a prestar à criança. O enfermeiro orienta os pais nos cuidados a prestar, partilha conhecimentos e ensina técnicas específicas, que possibilitem a aquisição de competências por parte dos pais no sentido de satisfazer adequadamente as necessidades da criança (Farrel, 1994).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, o enfermeiro especialista nesta área “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (unidade de competência E.2.5.), capacitando-os para a adoção de estratégias de ajustamento, que visam a mobilização de recursos necessários à gestão dos processos de doença, através de uma relação dinâmica com as famílias. Através da aplicação do Modelo de Enfermagem de Anne Casey, a família deve ser encorajada a envolver-se nos cuidados à sua criança, tendo como base o sentimento de negociação e de respeito pelos desejos da família. Desta forma, permite-se clarificar o papel dos pais nos cuidados à criança, onde só a constante renegociação dos cuidados, pode tornar os pais parceiros nos cuidados à criança (Casey, 1993).

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem o enfermeiro intervém junto da criança e da família

(...) concebendo a família como contexto da criança/jovem, os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva, tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados (OE, 2011: 5).

Todos estes domínios estão contemplados no Modelo de Enfermagem de Anne Casey, permitindo uma intervenção dirigida às necessidades reais da criança e família, o que justifica a sua adoção como base concetual na prestação de cuidados de enfermagem em pediatria.

É importante realçar ainda que os pais nem sempre estão preparados para a parceria. Fatores como o stress, a ausência de estratégias de coping e experiências anteriores menos positivas podem influenciar o estabelecer desta relação. O enfermeiro deverá informar e ensinar acerca dos cuidados à criança doente, estimulando o papel dos pais mas respeitando a sua decisão acerca da extensão do seu envolvimento na prestação de cuidados (Cardoso, 2010). Deve ainda considerar que cada família detém um sistema de crenças e práticas sobre a saúde e a doença que lhe é particular, podendo influenciar a sua decisão acerca da partilha de cuidados à criança. Todos estes aspetos devem ser negociados e a decisão da família deve ser respeitada, evitando conflitos e interpretações erróneas que poderão afetar negativamente os cuidados (Ângelo e Bousso, 2001).

A centralização dos cuidados na família é sem dúvida a base do processo de capacitação parental, permitindo aos pais desenvolver sentimentos de confiança nas suas capacidades de resposta às necessidades da criança, dotando-os de uma noção de poder e controlo na gestão dos cuidados e facilitando a tomada de decisões e a intervenção em parceria. Todo este processo conduz a um ganho de conhecimentos e ao desenvolvimento de competências parentais (Melo, 2011). Atualmente reconhece-se que a participação dos pais nos cuidados é fundamental na redução dos efeitos traumáticos que a hospitalização acarreta. Partilhar os cuidados com os profissionais de saúde, permite aos pais a vivência de experiências mais positivas, conotadas com sentimentos de utilidade (Coyne e Cowley, 2007).

Mckinney *et al.*, (2012) referindo-se de forma particular ao cuidado de crianças com perturbações do desenvolvimento ou condições de doença crónica, realçam a importância de promover a parentalidade positiva, encorajando a participação dos pais

como cuidadores privilegiados. Os mesmos autores acrescentam que desta forma se consolida a segurança dos pais no seu papel, e que o enfermeiro ao modelar comportamentos e promover experiências de interação entre os pais e a criança (tais como embalar, tocar, alimentar a criança,...), cria condições favoráveis ao aumento da confiança dos pais nos seus papéis de cuidadores, que concebendo expectativas realistas em relação à situação de doença da criança, aprendem a antecipar as suas necessidades e a providenciar uma resposta adequada às mesmas. Esta capacitação permite a construção da própria identidade parental e a crença no seu papel, consistindo num processo de reconhecimento, promoção e conseqüente aumento de competências, ocorrendo de forma gradual (Hockenberry e Wilson, 2011 citando Ray, 2002; Fielden e Gallagher, 2008).

Segundo Lopes *et al.*, (2010) promovendo competências parentais positivas, alcançam-se resultados benéficos para pais e crianças, tais como a melhoria dos conhecimentos parentais, a aquisição de habilidades específicas para a prestação de cuidados à criança e uma adequação da relação pais/filhos. A sincronia das respostas às necessidades da criança e o envolvimento parental devem ser reforçadas pelos profissionais, uma vez que são variáveis essenciais no exercício da parentalidade positiva (Benzies *et al.*, 2008). Criando oportunidades adequadas ao desenvolvimento de competências parentais, constrói-se uma relação de parceria assente na confiança, respeito e negociação (Casey, 1993).

3. METODOLOGIA DE PESQUISA

Partindo da análise das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos clínicos, e considerando a temática transversal e os conceitos a si subjacentes, recorreu-se ao método PI(C)O para definir a seguinte questão de investigação:

“Que intervenções desenvolve o enfermeiro, assentes na parentalidade positiva, que fomentem a capacitação parental junto da criança doente?”

Quadro nº 1 – Critérios para a formulação da questão e investigação

			Conceitos	Palavras--Chave
P	Participantes	Quem foi estudado?	Pais de crianças doentes	<i>nurs*</i> <i>parenting</i> <i>disease</i>
I	Intervenções	O que foi implementado?	Intervenções de enfermagem	
C	Comparações			
O	Outcomes	Resultados/Efeitos e consequências	Capacitação parental	

Recorrendo à plataforma EBSCO HOST, foram mobilizadas as seguintes bases de dados eletrônicas: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing e Allied Health Collection: Basic e MedicLatina. A pesquisa dos artigos eletrônicos foi realizada a 28 de Maio de 2014, para artigos publicados entre Janeiro de 2008 e Fevereiro de 2014, usando as seguintes palavras-chave, na sequência que se apresenta:

- nurs*
- parenting
- disease

Estes conceitos foram alvo de validação na base Mesh Browser e DeCS:

nurs* - “related to nursing (concept preferred) – The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health”

parenting - “Performing the role of a parent by care-giving, nurturance, and protection of the child by a natural or substitute parent. The parent supports the child by exercising authority and through consistent, empathic, appropriate behavior in response to the child's needs. PARENTING differs from CHILD REARING in that in child rearing the emphasis is on the act of training or bringing up the children and the interaction between the parent and child, while parenting emphasizes the responsibility and qualities of exemplary behavior of the parent.

disease - “A definite pathologic process with a characteristic set of signs and symptoms. It may affect the whole body or any of its parts, and its etiology, pathology, and prognosis may be known or unknown”

(MeshBrowser, 2014)

Definiu-se a pesquisa de artigos que reunissem as seguintes condições:

- Modo de pesquisa: Boleano/Frase, pesquisando também no texto completo dos artigos
- Artigo de pesquisa
- Em texto completo; com resumo disponível
- Em que o primeiro autor é enfermeiro
- Incidindo sobre crianças internadas, com idade compreendida entre os 0 e os 18 anos (all child).

Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Crianças com idade compreendida entre os 0 e os 18 anos, de ambos os sexos
- Estudos qualitativos e quantitativos
- Dentro do âmbito da temática

Utilizaram-se os seguintes critérios de exclusão:

- Pessoa adulta
- Fora do âmbito da temática
- Duplicação de artigos
- Artigos de revisão sistemática da literatura

Os resultados obtidos com esta pesquisa, partindo de cada conceito e do seu cruzamento de forma sequencial com cada um dos outros, até ao cruzamento final de todos os conceitos.

Tabela nº 2 – Relação entre os conceitos mobilizados e o número total de artigos obtidos, durante o processo de pesquisa.

Conceitos mobilizados	Total de artigos obtidos
nurs*	58394
parenting	7220
Disease	120010
nurs* + parenting	2014
nurs* + disease	31058
parenting + disease	2143
nurs* + parenting + disease	73

Na fase seguinte procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos 73 artigos encontrados, resultando num pré-seleção de 18 artigos. Foram excluídos os artigos fora do âmbito da temática, os artigos duplicados e aqueles que refletiam os resultados obtidos a partir de processos de revisão sistemática da literatura, tal como se encontra referido nos critérios de exclusão. Da leitura integral do conteúdo dos referidos documentos apuraram-se 3 artigos, que foram alvo de análise detalhada.

Apresentam-se seguidamente os aspetos essenciais do desenho do estudo que serviu de base a cada um dos artigos analisados. O nível de evidência de cada estudo encontra-se de acordo com o definido por Melnyk e Fineout-Overholt (2011), adaptado de Guyatt, Rennie (2002) e Harris *et al.* (2001).

A tradução das evidências emergentes dos estudos é descrita no capítulo 4. A respetiva ficha de leitura remete-se para anexo (ANEXO X, ANEXO XI e ANEXO XII).

Quadro nº 2 – Resumo do desenho do estudo que serviu de base ao artigo “ “The Logic of Care”- Parents’perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes”

Título		“The Logic of Care”- Parents’perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes
Autores		Lisberth Jonson, Inger Hallstrom & Anita Lundqvist
Metodologia		Estudo qualitativo
Objetivos		Descrever as percepções parentais acerca do processo educacional que foi sujeito, quando o seu filho foi diagnosticado com Diabetes Mellitus Tipo 1
Participantes		10 mães e 8 pais de crianças com idade compreendida entre os 3 e os 16 anos, recém diagnosticadas com Diabetes Mellitus Tipo 1
Intervenções	Instrumentos	Entrevistas semi-estruturadas Análise de conteúdo
	Procedimento	Cenário Realizado na região sudoeste da Suécia, em 3 departamentos pediátricos distintos Horizonte Temporal Entre a Primavera e o Outono de 2010 (aos 3 e 6 meses após conhecerem o diagnóstico clínico).
Nível de Evidência		VI – Evidence from a single descriptive or qualitative study

Quadro nº 3- Resumo do desenho do estudo que serviu de base ao artigo “Parent’s expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care settings: a qualitative multicenter study with 60 parents”

Título		Parent’s expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care settings: a qualitative multicenter study with 60 parents
Autores		Sonia Guillaume, Natacha Michelin, Elodie Amrani, Brigitte Benier, Xavier Durrmeyer, Sandra Lescure, Charlotte Bony, Claude Danan, Olivier Baud, Pierre- Henri Jarreau, Elodie Zana Taieb & Laurence Caeymaex
Metodologia		Estudo prospetivo qualitativo
Objetivos		Explorar as perceções parentais acerca das primeiras interações entre os pais e o RN, identificando as ações que os cuidadores podem adotar para incrementar o desenvolvimento desse processo interativo
Participantes		60 pais (30 mães e 30 pais), de recém-nascidos prematuros (nascidos antes das 32 semanas de gestação), internados numa unidade de cuidados neonatais
Intervenções	Instrumentos	Entrevistas semi-estruturadas Análise de conteúdo
	Procedimento	Cenário O estudo decorreu em 3 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais na região de Paris, em França. Horizonte Temporal Entre Novembro de 2009 e Março de 2010.
Nível de Evidência		VI – Evidence from a single descriptive or qualitative study

Quadro nº 4- Aspectos relacionados com o desenho do estudo que serviu de base ao artigo “Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran”

Título		Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran
Autores		Fereshteh Aein, Fatemeh Alhani, Eesa Mohammadi & Anoshirvan Kazemnejad
Metodologia		Estudo qualitativo
Objetivos		Explorar as experiências de pais e enfermeiros acerca da participação parental nos cuidados à criança hospitalizada, diagnosticada com doença crónica
Participantes		14 pais e 11 enfermeiros
Intervenções	Instrumentos	Entrevistas temáticas, não estruturadas Análise de conteúdo
	Procedimento	Cenário 2 hospitais pediátricos centrais, em Tehran, no Irão Horizonte Temporal De Julho de 2007 a Março de 2008
Nível de Evidência		VI – Evidence from a single descriptive or qualitative study

4. CONTRIBUTOS PARA A REFLEXÃO NA PRÁTICA

Partindo de uma abordagem teórica e da análise dos artigos obtidos através da Revisão Sistemática da Literatura, aprofundam-se as práticas baseadas na evidência científica, compreendendo e concetualizando o exercício de cuidar em enfermagem. A resposta à pergunta “*Que intervenções desenvolve o enfermeiro, assentes na parentalidade positiva, que fomentem a capacitação parental junto da criança doente?*”, pretende ser o reflexo de um olhar crítico e elevado pelo conhecimento científico acerca da temática em estudo.

A análise dos artigos permite concluir que as intervenções utilizadas pelo enfermeiro no sentido de habilitar os pais para o cuidado, podem ser implementadas em distintas esferas do cuidado à criança e à sua família, relacionadas com a atitude do enfermeiro, transmissão de conhecimento, comunicação com os pais, envolvimento parental nos cuidados e respostas emocionais perante a situação de doença da criança. Todas estas dimensões se encontram implícitas na implementação do Modelo de Anne Casey, ao longo das várias fases que o constituem e que se interligam entre si num processo contínuo e cíclico.

Em relação à **atitude** do enfermeiro e à conduta adotada durante a prestação de cuidados, resulta que o estabelecimento de um compromisso com a família, inspirando confiança e baseando-se numa relação de empatia, é identificado como facilitador de uma atitude parental de partilha e abertura em relação às dificuldades sentidas no cuidado à criança (Jonson *et al.*, 2012). De acordo com Casey (1993), citado por Farrel (1994), depreende-se que a participação efetiva dos pais durante o internamento, provém da edificação da relação interpessoal entre estes e o enfermeiro. De acordo o Modelo de Anne Casey, o estabelecimento com a família de uma relação de confiança, é um dos fatores que mais influencia a parceria de cuidados.

Já Guillaume *et al.* (2013) realçam que uma conduta atenciosa do enfermeiro é considerada primordial para que as interações entre os pais e o RN se desenvolvam e se estabeleça um contacto inicial. Uma atitude gentil é ainda motivadora da proximidade dos pais durante a prestação direta de cuidados de enfermagem, fomentando a proximidade

e a relação parental. Por seu lado, a calma transmitida pelo enfermeiro na prestação de cuidados, permite que os pais desenvolvam a noção de que é possível manter a situação de doença controlada (Jonson *et al.*, 2012).

A aquisição de **conhecimento** apresenta-se como aspeto de realce na capacitação parental para o cuidado à criança. Guillaume *et al.* (2013) destacam a importância do acesso a informações de forma regular, o que permite minimizar os sentimentos parentais de desamparo, fomentando a sua capacidade para manter a proximidade com a criança. Os mesmos autores referem que explicar aos pais as competências sensoriais e relacionais do bebé, se configura essencial para o conhecimento do seu filho e para a emergência de um sentimento de parentalidade.

O compromisso evidenciado pelo enfermeiro na aquisição parental de conhecimento, identifica-se assim como uma intervenção que fomenta a capacitação parental. O facto de o enfermeiro permitir que os pais sejam cada vez mais autónomos na prestação de cuidados, é entendido por estes como um sinal que reflete a sua capacidade para cuidar da criança (Jonson *et al.*, 2012). A observação indireta da prática dos enfermeiros, usando-os como modelo, é também uma forma de os pais se capacitarem para cuidar da criança doente. Consciencializando-se deste facto, o enfermeiro pode intervir no sentido de dotar os pais dos conhecimentos necessários a uma prestação de cuidados adequada (Aein *et al.*, 2009).

De acordo com Jonson *et al.* (2012); Guillaume *et al.* (2013), o fornecimento aos pais de uma informação estruturada, garantindo a sua aquisição de conhecimentos, é identificada como essencial no percurso para a aquisição de autonomia na gestão da doença da criança, contudo esta preocupação não se encontra sempre presente durante a prestação de cuidados. Casey (1993), ao definir os principais requisitos em cada fase do processo de enfermagem, reforça a necessidade de incrementar os conhecimentos dos pais e perícia no cuidar, desenvolvendo competências em consolidando sentimentos de confiança nas suas habilidades. A chave para o estabelecimento de uma relação de parceria consiste em “dar poder” à família, partilhando conhecimentos e informações.

As intervenções relacionadas com a vertente da **comunicação** também encontram um destaque particular. A utilização de uma linguagem comum entre enfermeiros e pais foi considerado um aspeto de realce, agilizando esta relação (Jonson *et al.*, 2012; Guillaume *et al.*, 2013). Este aspeto funciona como alicerce na construção de uma relação de confiança entre o enfermeiro e os pais, permitindo a partilha de informação e devendo ser iniciado o mais precocemente possível. É imprescindível que os pais compreendam a doença e o que motivou a hospitalização da criança, para que se sintam parte do processo e possam tornar-se sujeitos desta relação de parceria (Casey, 1993, citado por Farrel, 1994).

A possibilidade de os pais poderem contactar telefonicamente os enfermeiros do serviço, sempre que lhes é impossível estar com a criança, pode ser identificado também como uma intervenção fomentadora da capacitação parental para o cuidado, por ser uma forma de inculcar confiança e sentimentos de utilidade, bem como de estabelecer proximidade com a criança (Jonson *et al.*, 2012; Guillaume *et al.*, 2013). Em relação à situação particular do RN prematuro internado numa Unidade de Cuidados Neonatais, a comunicação com o enfermeiro afigura-se como decisiva no estabelecer se sentimentos de vínculo com o bebé, particularmente no que diz respeito à consistência da informação transmitida e à relação criada com o profissional.: “Nurses’ caring attitudes and caregivers’ regular communications, adapted to needs at different times, help parents to interact and create a bond with their premature neonate” (Guillaume *et al.*, 2013: 7). A entrega de uma fotografia do RN às mães, sempre que estas estejam impedidas de visitarem os seus filhos por motivos de saúde, é também identificada como uma intervenção que se configura útil para que se sintam mais perto do RN (Guillaume *et al.*, 2013).

O **envolvimento** parental nos cuidados contribui para atingir princípios relacionados com a capacitação parental na resolução de problemas. Este envolvimento pressupõe que os pais sejam implicados nas escolhas e decisões, caso contrário poderão perder o seu sentido de dignidade e abalar a confiança no seu papel parental (Jonson *et al.*, 2012). Os mesmos autores realçam que “ (...) the effects are most potent (...) when parents are involved, when empowerment and problem-solving principles are involved, when goal setting is performed and when self-efficacy is promoted.” (Jonson *et al.*, 2012: 8). De acordo com o definido por Casey (1993), um dos requisitos para o planeamento dos cuidados de enfermagem, prende-se com a compreensão do desejo manifestado pelos pais em relação à permanência junto da criança, envolvimento e nível de participação nos cuidados, que deve ser negociado. O enfermeiro tem o papel de orientar e apoiar a família, de acordo com as suas necessidades específicas.

As interações de proximidade com a criança são fomentadoras do estabelecimento de sentimentos de parentalidade. Em relação à particularidade dos RN internados nas Unidades de Cuidados Neonatais, o contacto pele a pele deve ser estimulado por ser impulsor de sentimentos de pertença e por incrementar a autonomia parental no cuidado à criança (Guillaume *et al.*, 2013). Deixar junto do bebé um brinquedo ou um pedaço de tecido que lhe transmita o odor parental, é uma intervenção muito concreta que pode ser incentivada pelo enfermeiro, como forma de promover o envolvimento parental, fazendo emergir a noção de parentalidade. Reforçando o papel parental promovem-se sentimentos de utilidade e desenvolve-se a

consciência de que os pais são insubstituíveis para o bebê, sendo a sua presença e proximidade benéfica para a criança (Guillaume *et al.*, 2013).

Fomentar a participação nos cuidados permite aos pais continuarem a assumir-se como cuidadores, pelo que a presença parental é reconhecida como uma oportunidade de tornar os pais mais capazes de cuidar da criança (Aein *et al.*, 2009). O enfermeiro deve intervir no sentido de negociar com os pais a sua participação e envolvimento nos cuidados à criança, de forma a permitir que estes encontrem um equilíbrio entre a satisfação das suas próprias necessidades e o seu papel de cuidadores. A negociação entre os pais e os enfermeiros é essencial para o sucesso das interações durante a hospitalização da criança. As expectativas em relação ao envolvimento parental nos cuidados, devem ser discutidas e negociadas com os pais, a fim de que estes não se sintam negligenciados nas suas próprias necessidades, o que pode comprometer a sua capacidade de cuidar da criança (Aein *et al.*, 2009).

Considera-se também que as **respostas emocionais** dos pais condicionam a sua capacidade de interação com a criança, impedindo-os de se focarem nesta relação. O enfermeiro deve intervir no sentido de estar atento às respostas emocionais dos pais, detetando aqueles que precisam de apoio (Jonson *et al.*, 2012; Guillaume *et al.*, 2013). Os cuidados devem ser projetados em torno das necessidades das crianças e das suas famílias, porque a natureza da doença crónica exige a capacitação parental para garantir com sucesso os cuidados no domicílio (Aein *et al.*, 2009). A participação parental nos cuidados à criança doente exige uma avaliação prévia desta capacidade para o cuidado e das necessidades parentais, devendo o enfermeiro intervir no sentido de conhecer os pais, os seus desejos e expectativas. Os enfermeiros podem intervir para aliviar a ansiedade dos pais, mantendo-se disponíveis e presentes quando os pais prestam cuidados à criança (Aein *et al.*, 2009). Estes conceitos vão ao encontro do definido pelo Modelo de Enfermagem de Anne Casey, cuja implementação se inicia por uma recolha de dados, que pressupõe ser um processo contínuo e flexível, no sentido de conhecer a família, o ambiente familiar e comunitário e as expectativas e sentimentos parentais relativos à criança, bem como as dificuldades e emoções experimentadas (Casey, 1993).

Através da Revisão Sistemática da Literatura, permite-se a mobilização criteriosa da melhor evidência disponível como resposta aos desafios enfrentados pelo enfermeiro na prática diária, ao serviço de uma decisão consciente e informada. Este percurso demonstrou-se assim impulsionador de saber, num contexto em que os desafios atualmente emergentes remetem o enfermeiro para um questionamento constante, tendo como meta responder às necessidades dos cidadãos.

Considera-se que a partir das conclusões apresentadas nos diferentes estudos, e estabelecendo uma relação de proximidade com o que se encontra definido pelo Modelo

de Anne Casey, são inegáveis os benefícios que advêm da participação parental nos cuidados à criança doente, com vista à capacitação parental e tendo como base o conceito de parentalidade positiva. Esta participação (caracterizada pelo envolvimento afetivo), deve ser encorajada, respeitando considerando os desejos e motivações parentais a si inerentes. O enfermeiro deve considerar a importância do cuidado parental para o bem-estar e segurança da criança, investindo na capacitação dos pais para gerir os cuidados à criança doente, com a convicção de que ninguém detém um conhecimento mais profundo sobre a criança. Esta atuação exige supervisão e não prescinde de um olhar crítico e consciente, respeitando contudo o espaço da família, protegendo-a enquanto unidade familiar e realçando a importância do carinho parental como variável essencial do cuidado à criança. Permitir que os pais vivam experiências potenciadoras de conhecimento, respondendo de forma positiva às necessidades da criança, é um aspeto a ter em conta no planeamento dos cuidados à criança doente, tendo em vista a capacitação parental e o bem-estar e segurança da criança.

5. CONCLUSÃO

A motivação experimentada ao longo trabalho desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e Relatório a que se reporta este documento, permitiu ultrapassar limites e potenciou um crescimento pessoal e profissional assente na compreensão da criança e dos seus pais enquanto centro do cuidado. A experiência revelou-se enriquecedora, favorecendo a consciência crítica e a reflexão acerca da prestação de cuidados diária, essencial no aliar da prática profissional ao saber teórico exigido a um exercício especializado. Os diferentes contextos clínicos em que se desenvolveram as atividades descritas, revelaram-se favorecedores e facilitadores da aprendizagem, permeáveis e recetivos, o que permitiu a troca de saberes e experiências, superando as expectativas concebidas no início deste percurso. A mobilização dos conhecimentos adquiridos pela prática clínica, foi em si mesma geradora de sede de saber.

As atividades realizadas em contexto clínico exigiram a mobilização dos conceitos inerentes à promoção da capacitação parental, visando a compreensão da criança e da sua vulnerabilidade, atuando na proteção dos seus interesses, na promoção de um ambiente potenciador de afetos e desenvolvimento, tal como se preconiza pelo conceito de parentalidade positiva. Na situação particular de doença, considera-se que cuidar da criança é acolhê-la em toda a sua dimensão, nas relações que estabelece com os outros e com o meio, perspetivando-a como elemento ativo nesta interação. Os pais afiguram-se como sujeitos de uma relação singular, dinâmica e mutável, que deve ser alvo de atenção no âmbito de uma prática de enfermagem especializada, que pretende intervir no sentido de promover a capacitação parental no cuidado à criança doente.

A atuação consciente e fundamentada, assente em evidências científicas, protege verdadeiramente cada criança e promove os seus direitos e liberdade. A Revisão Sistemática da Literatura expõe essas evidências, clarificando as intervenções que o enfermeiro pode implementar no sentido de responder às necessidades parentais na conquista por um papel interventivo e autónomo no cuidado à criança, face ao contexto particular da doença e todas as implicações que esta representa. Conclui-se que estas

intervenções podem ser implementadas em distintas esferas do cuidado à criança e à sua família, relacionadas com a atitude do enfermeiro, transmissão de conhecimento, comunicação com os pais, envolvimento parental nos cuidados e respostas emocionais parentais. Emerge a noção de que os pais devem ser alvo de atenção e cuidado, através do respeito pelos seus desejos, expectativas, modo de estar e de ser. Desta forma o enfermeiro pode construir uma relação empática e construtiva, no compromisso de proteger e fomentar o seu papel de cuidadores.

O conhecimento adquirido impulsionou uma adequada compreensão da temática em estudo, respondendo à pergunta PI(C)O que esteve na base deste processo de edificação do saber e permitindo assumir que os objetivos inicialmente traçados foram atingidos. Assim, propõe-se que na sua prática diária, o enfermeiro fomente o envolvimento parental nos cuidados, preservando o papel parental e permitindo que os pais se continuem a assumir como principais cuidadores. Sugere-se também que, no planeamento dos cuidados à criança, o enfermeiro contemple as questões emocionais e afetivas experimentadas pelos pais que lidam com a criança doente. Neste planeamento devem considerar-se os desejos e expectativas parentais relacionadas com a sua participação nos cuidados. Desta forma, o enfermeiro pode intervir para atenuar sentimentos de ansiedade e reforçar o papel parental, contribuindo para que os pais se sintam mais disponíveis para o cuidado parental à criança doente.

Apela-se a que o enfermeiro se consciencialize do seu papel de modelo enquanto cuidador, e que permita aos pais a aquisição de conhecimentos através da observação da sua prestação de cuidados. Esta intervenção pode revelar-se facilitadora do processo de aquisição de conhecimento. Propõe-se ainda que na comunicação com os pais o enfermeiro atenda à importância da utilização de uma linguagem acessível, que facilite a apreensão da informação e contribua para o estabelecimento de uma relação de confiança.

Sugere-se que, perante a impossibilidade dos pais em acompanhar o RN internado na Unidade Neonatal, o enfermeiro os incentive a deixarem junto do RN um brinquedo ou pedaço de tecido que transmita o odor parental. Contribui-se assim para o emergir da noção de parentalidade, permitindo a troca de afetos e o estabelecimento de proximidade com o bebé.

As intervenções descritas visam assegurar a proteção da criança e a criação de um ambiente que respeita a sua individualidade, fomentando comportamentos parentais responsáveis que procuram responder às diferentes necessidades da criança. Depreende-se porém, que seria útil a realização de estudos experimentais no âmbito desta temática, podendo clarificar as repercussões provenientes da implementação de

intervenções de enfermagem assentes na parentalidade positiva, ao nível da capacitação parental dos pais no cuidado à criança doente.

BIBLIOGRAFIA

Abecassis, M. (2002) . *Um filho nas vossas mãos*. Cruz Quebrada: Oficina do Livro.

Aein F., Alhani F., Mohammadi E., Kazemnejad A. (2009), Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran. *Nursing and Health Sciences*,11, pp. 221–227.

Alarcão, M. (2006). *(Des) equilíbrios familiares*. 3ª Edição, Coimbra: Quarteto.

Angelo, M. E Bousso, R. (2001). *Fundamentos da assistência à família em saúde*. Acedido em 10 de Dezembro de 2013 em www.idssaude.org.br/enfermagem

Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (1984). *Apego e Perda*. São Paulo: Martins Fontes.

Cardoso, A.C.A. (2010). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal. Disponível em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26863/2/Dissertao%20Ana%20Cristina%20A.pdf>.

Carvalho J., Barbieri-Figueiredo M., Fernandes H., Vilar A., Andrade L., Santos M., Figueiredo M., Martinho M., Martins, M. e Oliveira P. (2012). *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto- Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família.

Casey, A. (1993). Development and use of the partnership modelo off nursing care. *Advances in Child Health Nursing*. pp. 183-193.

Casey, A. (1993). Partnership nursing: influences on involument of informal cares. *Journal of Advanced Nursing*. 22, pp. 108-198.

Collière, M. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Convenção Dos Direitos Da Criança (1989). Acedido em 15 de Março de 2014 em unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Council Of Europe (2008). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.
- Coyne, I. e Cowley, S. (2007). Challenging the philosophy of partnership with parents: a grounded theory studies. *International Journal of Nursing Studies* , 44, pp. 893-904.
- Crnic, K. E Low, C. (2002). *Everyday stresses and parenting*. - *Handbook of parenting*. 2ª ed., New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Cullum N., Ciliska D., Haines R. e Marks S. (2010). *Enfermagem baseada em Evidências- uma introdução*. Artmed.
- Decreto-Lei nº. 161/96 de 4 de Setembro - *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Diário da República.
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens- Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa.
- Farrel, M. (1994). Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. *Nursing*, Março.
- Ferreira, M. E Costa, G. (2004). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Revista Millenium*. ano 8, nº 30, pp. 51-58.
- Fielden, J. E Gallagher, L. (2008). Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), pp. 406-417.
- Figueiredo, B. (2004). *Bonding” pais-bebe*. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. I. Leal & C. Faria.

- França, A e Couto, F. (2012). Apoio parental: percepções dos adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 2. In Carvalho J., Barbieri-Figueiredo M., Fernandes H., Vilar A., Andrade L., Santos M., Figueiredo M., Martinho M., Martins, M. e Oliveira P. *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família*. Porto: ESEP.
- Glasper, E. e Tucker, A. (1993). *Advances in Child health nursing*. Middtesex: Scutari Press.
- Greening, L., Stoppelbein, L. E Reeves C. (2006). A Model of Promoting Adolescents Adherence to Treatment for Type 1 Diabetes Mellitus. *Children's Health Care*, 35 (3), pp. 247-267.
- Guillaume S., Michelin N., Amrani E., Benier B., Durrmeyer X.,Lescure S., Bony C., Danan C., Baud O., Jarreau P.,Zana-Taïeb E. e Caeymaex L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatrics*, pp.13-18.
- Heaman, M., Chalmers, K. e Woodgate, R.(2005) - Early childhood home visiting programme: factors contributing to success. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), pp.2291-300.
- Hockenberry M.J. E Wilson D. (2011), *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª ed.. São Paulo: Elsevier Editora.
- Internacional Council Of Nurses. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0*. - Disponível em ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx
- Janisse, H., Barnett, D. e Nies, M. (2009). Perceived energy for parenting: a new conceptualization and scale. *Journal of Child Family Studies*, 18(3), pp.312-323.
- Jönsson L., Hallström I. e Anita Lundqvist (2012). "The Logic of Care" – Parents' perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes.*BMC Pediatrics* 12:165.

- Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Klaus, M., Kennel, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: Mosby Company.
- Lebovici, S. (2004). Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lowes, L., Lyne, P., (2000). Chronic sorrow in parents of children with newly diagnosed diabetes: a review of the literature and discussion of the implications for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (1), pp. 41-48.
- Magalhães, S.C.R.S (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. Dissertação de de Mestrado apresentada na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1784/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>.
- Maltby, H., Kristjanson, L. e Coleman, M. (2003). The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal of Nursing Practice*, 9:6, pp.368-373.
- Mano, M. (2002). Cuidados em parceria as crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*, N°8; Maio, Coimbra.
- Mckinney, James, Nelson, Murray, Ashwill (2012). *Maternal-child nursing*. 4ª ed., Eslevier Saunders.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3ª Ed, Londres: Lippincott.
- Mello D. E Lima R. (2009). *Êxito técnico, sucesso prático e sabedoria prática: bases conceituais hermenêuticas para o cuidado de enfermagem à criança*. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 17(4): 580-5. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_22.pdf
- Melnyk, B. e Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Melo, E.(2011). *Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Aveiro, Portugal. Disponível em http://www.uc.pt/org/ceisuc/Organ_reunioes/201105_Envolvimento/4_Envolvimento_dos_pais.pdf>.

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

Ordem Dos Enfermeiros (2011), *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- do original ICNP Versão 2- International Classification for Nursing Practice*- Edição portuguesa.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*, Cadernos OE, série 1, número 3, volume 2.

Ordem Dos Enfermeiros (2011) *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE, Série 1, Número 3, Volume 3.

Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem*. Lisboa.

Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa.

Papalia, D., Olds, S.E Feldman, R. (2009). *O Mundo Da Criança- Da infância à adolescência*, 11ª edição, São Paulo: Mc Graw Hill.

Pecnik, N. (2008). Towards a vision of parenting in the best interests of the child in "Parenting in contemporary Europe: a positive approach. *Council of Europe Publishing*, Strasbourg Cedex, pp. 15-36.

Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República.

Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República.

- Reis, G.M.R. (2007). *Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7262>>.
- Russel, A. (1997). Individual and Family Factors Contributing to Mothers' and Fathers' Positive Parenting. *International Journal of Behavioral Development*, 21 (1), pp.111-132.
- Saudade, M., Lopes, C., Catarino, H. E Dixe, M. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. *Revista Referência*, III Série, nº 1 pp. 109-118.
- Seligman, M. e Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, pp. 5-14.
- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation*. New York: Harper Collins.
- Troy, N. (1995). The time of first holding of the infant and maternal self-esteem related to feelings of maternal attachment. *Women Health*, 22(3), pp. 59-72.
- Vieira, M. e Lima, R. (2002). Crianças e adolescentes com doença crónica: Convivendo com mudanças. *Revista Latino-Enfermagem*, 10 (4), pp. 552-560.
- Weinger, K., O' Donnell K. E Ritholz, M.D. (2001). Adolescent Views of Diabetes – Related Parent Conflict and Support: A Focus Group Analysis. *Journal of Adolescent Health*, vol. 29, pp.330-336.
- Woods, N., Yates, B. e Primono J. (1989). Supporting families during chronic illness. *Nurse Scholarship*, 21 (1), pp. 46-50.
- Wright, L.; Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias – Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. São Paulo: Editora Roca.

ANEXOS

ANEXO I – Projeto de Estágio

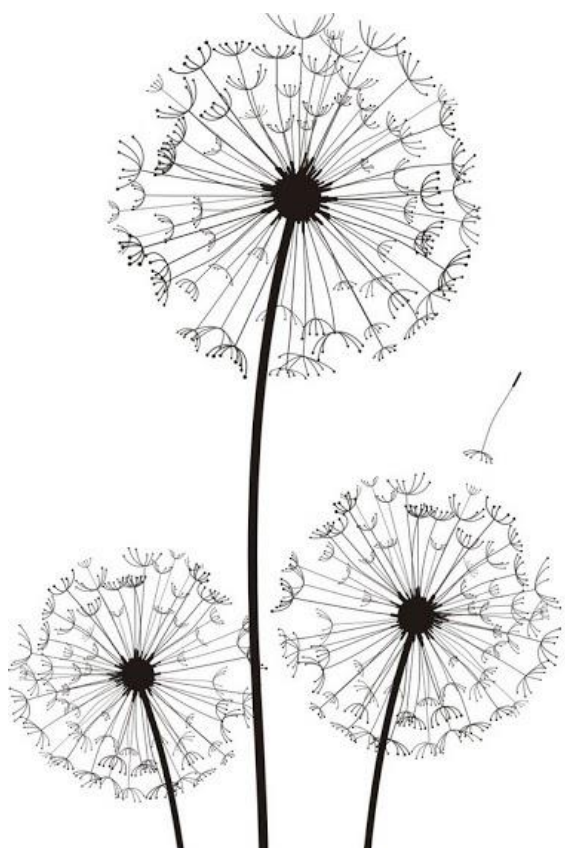
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
1º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO
JOVEM

PROJETO DE ESTÁGIO
UNIDADE CURRICULAR ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E
DO JOVEM II

PARENTALIDADE POSITIVA

Orientador:

Prof. M^a Lurdes Torcato



Mestranda:

Maria Salomé Brás

SANTARÉM
ABRIL 2013

“É urgente que os pais se deixem surpreender pela parentalidade.”

Eduardo Sá

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. PARENTALIDADE POSITIVA

1.2. O ENFERMEIRO ENQUANTO PROMOTOR DA PARENTALIDADE POSITIVA

2. METODOLOGIA SEGUNDO CADA CONTEXTO

2.1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE NEONATOLOGIA

2.2. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

2.3. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS – Direção-Geral da Saúde

Enf. – Enfermeiro

MMC- Método Mãe-Canguru

OE – Ordem dos Enfermeiros

INTRODUÇÃO

Este projeto é desenvolvido no âmbito do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, no Ensino Clínico Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II (no âmbito da unidade curricular de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e Relatório), que será desenvolvido em três contextos clínicos distintos. Partindo de uma temática transversal, este documento pretende servir de suporte e ponto de partida às atividades a desenvolver no serviço de internamento de neonatologia, internamento de pediatria e serviço de urgência pediátrica. Tem como finalidade planear as atividades a realizar, justificando a sua pertinência. Encontra-se organizado de forma sequencial, partindo da contextualização teórica do objeto de estudo, metodologia a implementar, atividades planeadas, objetivos e competências a desenvolver. O tema da Parentalidade Positiva surge como central para o desenvolvimento das respetivas atividades.

Este documento está passível de sofrer alterações, decorrentes de eventuais constrangimentos ou oportunidades, que se possam considerar relevantes no processo de construção do conhecimento.

Os objetivos gerais deste documento consistem em:

- Definir a questão de investigação;
- Planear as atividades a serem realizadas no âmbito do Ensino Clínico Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem II.

Por seu lado, o Ensino Clínico Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II assume como objetivos gerais:

- 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.

E, como objetivos específicos:

- Promover experiências potenciadoras da parentalidade positiva, no sentido da maximização da saúde e desenvolvimento da criança/jovem e família, em situação de vulnerabilidade clínica;
- Contribuir para o conhecimento novo e o desenvolvimento da prática clínica especializada na área da promoção da parentalidade positiva, em situação de vulnerabilidade clínica da criança/jovem;
- Promover a partilha de conhecimentos na área da promoção da parentalidade positiva, favorecendo o desenvolvimento de habilidades e competências, em contexto de trabalho;

- Promover o desenvolvimento de aprendizagens profissionais relacionadas com o domínio da gestão dos cuidados.

1. CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1.1. PARENTALIDADE POSITIVA

À criança é conferido o direito ao amor e compreensão, por parte dos pais e da sociedade. Estes são requisitos necessários para garantir o seu desenvolvimento pleno e harmonioso. Preconiza-se que sempre que possível, a criança deverá crescer com o amparo e sob a responsabilidade dos seus pais, e sempre num ambiente de afeto e segurança moral. (CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA, 1989).

É no seio da família, e mais especificamente a partir das interações entre os seus membros que se experimentam ambientes potenciadores de afetos. A relação pais-filho assume uma importância incontornável, pelo seu caráter singular. No exercício da parentalidade positiva, a criança assume-se como figura central, com direitos, características e potencialidades a desenvolver (SAUDADE, LOPES, CATARINO e DIXE, 2010).

De acordo com o CONSELHO DA EUROPA (2008), o exercício da parentalidade positiva assegura a satisfação das principais necessidades da criança e a sua capacitação, num contexto de não violência e proporcionando-lhe reconhecimento e orientação. SAUDADE et al (2010, p.110) salienta que “a parentalidade positiva integra o conjunto de funções atribuídas aos pais para cuidarem e educarem seus filhos e é definida por comportamentos e valores parentais, baseados no melhor interesse das crianças”.

Os pais, enquanto figuras de vinculação e no exercício da parentalidade, permitem à criança desenvolver um sentimento de confiança e segurança em si próprio e nos outros. Se as figuras de vinculação se apresentarem como uma base segura, a criança revelar-se-á mais competente na exploração do mundo (BOWLBY, 2002). Desta forma, pode-se concluir que o exercício da parentalidade positiva é promotor de um desenvolvimento harmonioso e da capacitação da criança no sentido da sua autonomia, considerando o respeito pelos seus interesses e direitos (CONSELHO DA EUROPA, 2008).

1.1. O ENFERMEIRO ENQUANTO PROMOTOR DA PARENTALIDADE POSITIVA

Uma vez que o enfermeiro estabelece com a família uma relação de particular proximidade, deverá considerar a importância de potenciar uma parentalidade consciente e responsável. Espera-se que o enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem, apoie os pais, oriente e aconselhe no desenvolvimento das suas competências parentais, detetando precocemente as dificuldades sentidas no exercício da parentalidade e comprometimento deste papel.

Com o intuito de oferecer uma resposta de enfermagem adequada, o enfermeiro deverá conhecer as necessidades da criança/jovem e família, nas fases distintas de desenvolvimento que esta vivencia. A sua intervenção junto das famílias, deve considerar

sempre a potencialização das capacidades dos pais, fazendo-os compreender que a qualidade do afeto, compreensão, conforto, segurança e liberdade, podem condicionar o seu desenvolvimento saudável (SAUDADE et al, 2010).

Face a situações em que se verifique vulnerabilidade clínica por parte da criança/jovem, carecendo de cuidados em contexto hospitalar, o exercício da parentalidade positiva pode ficar comprometido. A família depara-se com a necessidade de lidar com situações para si desconhecidas, com experiências de dor e sofrimento. Os pais podem desenvolver sentimentos de impotência, face à incapacidade de responder às necessidades de saúde da criança. A noção de parentalidade suspensa, pode surgir, comprometendo a resposta dos pais nos cuidados à criança.

De todas estas considerações, foram emergindo conceitos que se articulam na questão:

“Que intervenções desenvolve o enfermeiro, assentes na parentalidade positiva, que fomentem a capacitação parental junto da criança doente?”

2. METODOLOGIA

2.1. SERVIÇO DE NEONATOLOGIA/INTERNAMENTO DE PEDIATRIA/URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Objetivo: conhecer a estrutura física, orgânica e funcional dos serviços de neonatologia, pediatria e urgência pediátrica

ATIVIDADES	INTERVENIENTES	CONTEXTO
<ul style="list-style-type: none">- Reunião com o Enfermeiro Chefe e Enfermeiro cooperante, para conhecer: estrutura orgânica e funcional dos serviços/ horário e metodologia de trabalho;- Apresentação à equipa multidisciplinar do serviço;- Visita às instalações do serviço;- Consulta de documentação interna, programas de saúde em vigor, projetos e normas;- Manuseamento dos materiais e equipamentos existentes disponíveis no serviço- Validação do plano de atividades/projeto de estágio com o enfermeiro cooperante;- Observação da prestação de cuidados da enfermeira cooperante.- Conhecer o circuito do RN /criança e jovem quando admitido no Hospital de Santarém;- Conhecer a articulação entre o serviço de neonatologia, obstetrícia, pediatria e urgência pediátrica;	Mestranda Salomé Brás	Serviço de Internamento de Neonatologia/Pediatria e Urgência Pediátrica

Objetivo:

- 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;
- Promover experiências potenciadoras da parentalidade positiva, no sentido da maximização da saúde e desenvolvimento da criança/jovem e família, em situação de vulnerabilidade clínica;
- Contribuir para o conhecimento novo e o desenvolvimento da prática clínica especializada na área da promoção da parentalidade positiva, em situação de vulnerabilidade clínica da criança/jovem.

ATIVIDADES	INTERVENIENTES	CONTEXTO
<ul style="list-style-type: none">- Minimizar os estímulos que podem influenciar o equilíbrio dos recém-nascidos prematuros;- Criar e aplicar grelha de observação do comportamento de vínculo parental, de forma a poder inferir acerca da presença ou não de vinculação demonstrada;- Promover a formação de vínculo entre os pais e o RN;- Estabelecer com os pais uma relação de parceria, assente numa planificação de cuidados a prestar ao recém-nascido;- Minimizar o stress dos pais relacionado com situações de especial complexidade do RN, através da participação dos pais nos cuidados, como parte integrante da equipa;- Acolher o RN com a família, na admissão no serviço;- Realizar a observação física e comportamental/neurológica do RN;- Prestar cuidados de enfermagem ao RN de risco, tendo em conta maximização da sua saúde e o seu desenvolvimento/crescimento:<ul style="list-style-type: none">• Colheita de dados• Planificação de cuidados• Identificação dos problemas/elaboração de diagnósticos de enfermagem (cont.)	Mestranda Salomé Brás	Serviço de internamento de Neonatologia

- Planeamento de cuidados de enfermagem
- Integrar a educação para a saúde na prestação de cuidados;
- Avaliação dos cuidados prestados.

Competências a desenvolver:

- Implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;
- Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem,
- Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados;
- Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais;
- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura;
- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.

2.2. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Objetivo:

- Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (a);
- Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (b);
- Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (c);
- Promover experiências potenciadoras da parentalidade positiva, no sentido da maximização da saúde e desenvolvimento da criança/jovem e família, em situação de doença;
- Promover a partilha de conhecimentos na área da promoção da parentalidade positiva, favorecendo o desenvolvimento de habilidades e competências, em contexto de trabalho.
- Promover o desenvolvimento de aprendizagens profissionais relacionadas com o domínio da gestão dos cuidados.

ATIVIDADES	INTERVENIENTES	CONTEXTO
<ul style="list-style-type: none"> - Acolher a criança e jovem com a família, na admissão no serviço; - Integrar, sempre que possível, os pais na prestação de cuidados à criança hospitalizada; - Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em situação de internamento: <ul style="list-style-type: none"> • Colheita de dados • Identificação dos problemas/elaboração de diagnósticos de enfermagem • Planeamento de cuidados de enfermagem, integrando a educação para a saúde e a promoção do crescimento/desenvolvimento infantil na prestação de cuidados; • Avaliação da resposta aos cuidados prestados. - Minimizar os efeitos negativos da hospitalização na criança/jovem, que advêm dos stressores (separação, perda de controlo, lesão corporal e dor); - Promover a adaptação da criança/jovem à doença, através da adoção de estratégias de coping; - Minimizar o stress dos pais relacionado com situações de especial complexidade da criança e jovem, através da sua participação nos cuidados, como parte integrante da equipa e tradução de uma relação de parceria; - Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil: curvas de crescimento, percentis, teste de Mary-Sheridan;(cont.) 	<p>Mestranda Salomé Brás</p>	<p>Serviço de Internamento de Pediatria</p>

- Construir jogo interativo (aplicação informática), que contribua para a educação da criança com diabetes e sua família, capacitando-os para a gestão da doença;
- Elaborar documento de apoio ao jogo, a ser consultado pelos profissionais, que defina algumas estratégias alternativas, promotoras da educação da criança com diabetes e sua família;
- Realizar atividades relacionadas com a gestão de cuidados, com a cooperação do Enfermeiro Chefe.

Competências a desenvolver:

- (a) Implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;
- (a) Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;
- (b) Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados;
- (b) Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;
- (b) Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade;
- (c) Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;
- (c) Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação das escolhas relativas à saúde;
- (c) Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura;
- (c) Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

2.3. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

- Objetivos
- 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;
- Promover experiências potenciadoras da parentalidade positiva, no sentido da maximização da saúde e desenvolvimento da criança/jovem e família situação de vulnerabilidade;
- Promover a partilha de conhecimentos na área da promoção da parentalidade positiva, favorecendo o desenvolvimento de habilidades e competências, em contexto de trabalho.

ATIVIDADES	INTERVENIENTES	CONTEXTO
<ul style="list-style-type: none">- Avaliar as necessidades formativas no serviço;- Adequar momentos de formação/sessões de sensibilização às necessidades do serviço, se pertinente;- Acolher a criança e jovem com a família, na admissão no serviço;- Prestar cuidados à criança/jovem e família em situação de urgência:<ul style="list-style-type: none">• Realização de triagem• Identificação dos problemas/situações de risco clínico• Prestação de cuidados de enfermagem;• Integrar a educação para a saúde na prestação de cuidados;• Integrar a promoção da parentalidade positiva na prestação de cuidados;• Avaliação dos cuidados prestados/resposta.- Integrar, sempre que possível, os pais na prestação de cuidados à criança;- Valorizar o papel cuidador dos pais e a importância da intervenção em parceria, reconhecendo-os como elementos privilegiados no conhecimento da criança/jovem;- Minimizar o stress dos pais relacionado com situações de especial complexidade da criança e jovem, através da participação dos pais nos cuidados, como parte integrante da equipa, capacitando-os para a gestão de situações de doença; (cont.)	Mestranda Salomé Brás	Serviço de Urgência Pediátrica

- Minimizar os efeitos negativos da hospitalização na criança/jovem, que advêm dos stressores (separação, perda de controlo, lesão corporal e dor), envolvendo os pais neste processo.

Competências a desenvolver:

- Implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;
- Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem,
- Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados;
- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto, que pretende na sua execução dar resposta às necessidades de desenvolvimento e crescimento profissional na área da especialidade, é por si só um primeiro passo no caminho do conhecimento. Anseia-se por uma experiência enriquecedora, que permita a reflexão acerca da prática, em distintos contextos que têm em comum a intervenção na saúde da criança/jovem e família.

Considera-se que a aquisição de competências específicas será facilitada por uma relação dinâmica e integrada de conhecimentos, que permitirá um olhar esclarecido e motivado para a prestação de cuidados de nível avançado.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOWLBY, J. (2002). **Apego: a natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes.

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

CONVENÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA (1989). Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf (consultado em 16 de Janeiro 2013]

GUIMARÃES, G., MONTICELLI, M. **A formação do apego Pais /RN pré-termo e/ou de Baixo Peso no Método Mãe-Canguru: Um contributo de enfermagem**. Revista Texto Contexto Enfermagem. Out-Dez (2007), p.626-635

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem**. Lisboa.

RELVAS, A. (2000). **O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica**. Porto: Edições Afrontamento, 2ª edição.

SAUDADE, M., LOPES, C., CATARINO, H., DIXE, M. **Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura**. Revista Referência. III Série, nº 1 (2010).p. 109-118.

ANEXO II – Grelha de Avaliação de Comportamentos de Vínculo

GRELHA DE AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE VÍNCULO

(adaptado de HOCKENBERRY e WILSON, 2008)

COMPORTAMENTOS PARENTAIS OBSERVÁVEIS VINCULAÇÃO DEMONSTRADA		COMPORTAMENTOS PARENTAIS OBSERVÁVEIS VINCULAÇÃO NÃO DEMONSTRADA	
Quando o RN é levado para os pais, estes estendem os braços na sua direção.	1	Quando o RN é levado para os pais, estes ficam indiferentes e têm que ser estimulados a pegá-lo.	0
Os pais chamam o RN pelo nome.	1	Os pais não chamam o RN pelo nome, referindo-se sempre a ele como “o bebê”, “este”,...	0
Os pais encontram no RN sinais de identificação/semelhanças.	1	Os pais demonstram incapacidade de se identificar com a criança, não encontrando semelhanças com o RN.	0
Ao pegar no bebê os pais envolvem-no nos seus braços.	1	Ao pegar no bebê os pais mantêm-no afastado do seu corpo.	0
Quando o RN está acordado, os pais comunicam com ele.	1	Quando o RN está acordado, os pais não o envolvem na comunicação.	0
Estabelecem contacto visual direto com o RN.	1	Não se observa a tentativa de estabelecer contacto visual direto com o RN.	0
Manifestam afeto na forma de cuidar (sorriem para o RN, beijam, acarinham, aninham...).	1	Os pais tocam no bebê usando movimentos bruscos e inadequados.	0
Quando o RN se encontra choroso ou agitado, os pais procuram responder às suas necessidades.	1	Quando o RN se encontra choroso ou agitado, os pais mantêm-se indiferentes e não procuram responder às suas necessidades.	0
Score			

Score >=6

- Valorizar demonstração de comportamentos de vínculo.

Score >4 e <6

- Sensibilizar os pais para a importância dos afetos para o desenvolvimento da criança.
- Valorizar demonstração de comportamentos de vínculo.

Score <= 4

- Sensibilizar os pais para a importância dos afetos para o desenvolvimento da criança;
- Sensibilizar os pais para os aspetos relacionados com as competências do RN, e o seu papel no estabelecimento de fortes laços emocionais;
- Ponderar referência para o Centro de Saúde.

Se necessária intervenção identificar a quem a mesma se dirige: pai mãe ambos

ANEXO III – Guia Orientador de Avaliação/Promoção de Comportamentos de Vínculo

Serviço de Neonatologia

**Avaliação/Promoção de Comportamentos de Vínculo
Guia Orientador**



Autor:

Salomé Brás

Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, da Escola Superior de Saúde de Santarém

Maio de 2013

LISTA DE SIGLAS

OE- Ordem dos Enfermeiros

RN- Recém-nascido

ORGANIZAÇÃO DO DOCUMENTO

INTRODUÇÃO

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL
 - 1.1. VÍNCULAÇÃO AFETIVA/DESENVOLVIMENTO INFANTIL
 - 1.2. O RN E AS SUAS COMPETÊNCIAS
 - 1.3. AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE VÍNCULO
 - 1.4. O ENFERMEIRO ENQUANTO PROMOTOR DA VINCULAÇÃO PARENTAL
2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
3. GRELHA DE AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE VÍNCULO

INTRODUÇÃO

Este documento foi elaborado ao longo da Unidade Curricular Ensino Clínico II, realizado no Serviço de Neonatologia de um Hospital da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Este Guia Orientador, tem como objetivo orientar a intervenção dos profissionais na avaliação dos comportamentos parentais de vínculo, permitindo aferir acerca do processo de vinculação pais/bebé. Por outro lado, pretende ser um suporte na intervenção dirigida à promoção da vinculação, e encaminhamento de situações em que esta se encontre comprometida, com o objetivo de promover o estabelecimento de vínculo, defendendo o interesse superior da criança e o seu direito ao amor, assegurando o seu cuidado e um desenvolvimento harmonioso.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. VINCULAÇÃO AFETIVA / DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A vinculação pais-bebê, e particularmente o envolvimento emocional materno, tem sido um tema amplamente debatido e estudado por diversos autores. De acordo com TROY (1995), no momento em que uma mãe pega no seu bebê pela primeira vez e em que se estabelece entre ambos o primeiro contacto, dá-se o início de uma ligação emocional de características singulares. Este autor defende que quanto mais precoce é este contacto, mais rapidamente se observa o envolvimento emocional da mãe com o RN.

Outros autores, tais como FIGUEIREDO (2004), defendem que a vinculação não emerge de forma imediata, intensificando-se com o tempo, sendo construída de forma gradual e alicerçando-se sobre a interação estabelecida entre os pais e o bebê.

BOWLBY (1984) realça a importância da existência de uma figura de vinculação com quem o bebê estabeleça uma ligação emocional duradoura e estável e, a partir da qual, construa expectativas acerca de si própria, acerca das relações interpessoais e do mundo. Refere ainda que os vínculos precoces são fundamentais para a sobrevivência do recém-nascido, possibilitando a manutenção do contacto e proximidade com os cuidadores.

STERN (1995), defende que o investimento afetivo e emocional dos pais, é elemento decisivo na qualidade dos cuidados que providenciam à criança, repercutindo-se no seu bem estar e desenvolvimento. Considera-se contudo, que para a construção desta relação de amor, contribuem diversos fatores tais como a forma como decorreu e foi vivida a gravidez, o parto e o contexto social e familiar que recebe o bebê (KLAUS & KENNEL, 1976). Por outro lado, e assumindo particular importância no estabelecimento de vínculo com os pais, verifica-se que o RN é dotado de competências várias, que impulsionam e alimentam esta relação. Pela sua relevância procede-se a uma descrição sumária dessas mesmas competências.

1.2. O RN E AS SUAS COMPETÊNCIAS

A concepção do RN enquanto ser meramente dependente e imaturo, foi-se alterando ao longo dos tempos. Particularmente a partir da década de 70, vários estudos foram desenvolvidos no sentido de apreender as competências que se encontram no ser humano no momento do seu nascimento. Diversos autores, entre os quais se pode destacar BRAZELTON & CRAMER (1993), investigaram essas características, permitindo concluir que os RN possuem um repertório amplo e

complexo de competências sensoriais que o prontificam a interagir socialmente, que seguidamente se enumeram.

Visão

Logo após o nascimento observa-se resposta pupilar à luz e reflexo de pestanejo. O RN possui a capacidade de seguir objetos com o olhar e com apenas 15 minutos de vida, segue objetos brilhantes em movimento (PERRY, 1999).

O RN parece sentir-se atraído pelo olhar do ser humano. Fixa momentaneamente o rosto humano, com especial interesse se este rosto for comunicativo. Ao fim da primeira semana de vida já reconhece o rosto da mãe (FAURE & RICHARDSON, 2004).

BRAZELTON & CRAMER, (1993), distinguem quatro fases distintas de reacções a estímulos visuais, nomeadamente: um estágio de alerta inicial; uma atenção crescente; um interesse decrescente e gradual e um desinteresse total de uma situação que se tornou monótona.

Audição

O RN responde à voz da mãe, reconhecendo-a da vida intra-uterina. Ainda no útero materno o bebé rege ao som dos batimentos cardíacos ou canções de embalar, diminuindo a sua atividade motora. Por outro lado, os sons de alta-frequência provocam reacção de alerta e agitação (BORGES & GOUVEIA, 2001).

Após o nascimento, a acuidade auditiva do RN é semelhante à do adulto, logo que o canal auditivo fica livre de líquido amniótico (PERRY, 1999). O RN apresenta sensibilidade ao som da voz humana, revelando uma clara preferência pela voz feminina, perante a qual demonstra entusiasmo. BRAZELTON & CRAMER (1993), referem que a demonstração deste facto às mães, parece impulsionar o seu afeto pelo bebé.

Olfato

Os RN têm o sentido do olfato fortemente apurado, sendo capazes de distinguir os cheiros agradáveis e desagradáveis. A sua sensibilidade olfativa está presente logo ao nascimento e vai aumentando ao longo do tempo (BRAZELTON & CRAMER, 1993).

A capacidade de reconhecer o cheiro da mãe é também um fator que surge como facilitador de interacção mãe-filho (FERREIRA, 1996).

Tato

toque pode ser revelador de afeto, podendo considerar-se a primeira e mais importante via de comunicação estabelecida entre a mãe e o bebê (BRAZELTON & CRAMER, 1993).

RN é sensível ao toque em todo o seu corpo, contudo existem áreas de especial sensibilidade, como sejam a face, mãos e plantas dos pés. Tocando a mão do RN, ele fecha-a e agarra, o que corresponde ao reflexo de preensão palmar. O estímulo tátil do pé provoca também diferentes reflexos, de acordo com a área tocada, tais como o reflexo de preensão plantar, babinsky, marcha automática, entre outros (FERREIRA, 1996).

Paladar

O RN possui um sistema gustativo bem desenvolvido, observando-se que diferentes sabores produzem distintas expressões faciais. Perante um sabor agradável o bebê inicia movimentos de sucção, preferindo os sabores doces. BRAZELTON & CRAMER (1993, p. 77) referem que os RN esperam "(...) um maior relacionamento social quando alimentados ao peito do que quando alimentados a biberão".

Não se pode também descurar a importância das competências comportamentais do RN no estabelecimento da vinculação pais-bebê. De entre essas competências destacam-se o choro e o sorriso. O choro surge como uma resposta reflexa a um mal-estar, sendo um importante sistema de comunicação, traduzindo dor, fome, necessidade de atenção, afecto ou desconforto. O RN pode ainda servir-se do choro como auxílio para a sua organização, uma vez que lhe permite descarregar a energia acumulada (BORGES & GOUVEIA, 2001).

Por seu lado, o sorriso surge como um fator determinante nos comportamentos de aproximação parental, podendo ser observado desde o nascimento. Distinguem-se dois tipos de sorriso: o endógeno (fisiológico) e o exógeno. O primeiro surge de forma espontânea, estando associado a um estado de sono leve que traduz bem estar. O exógeno surge por volta das quatro a seis semanas de vida, como resposta aos estímulos exteriores, tais como sons agudos, cócegas, rosto e olhar humano (GOMES_PEDRO, 1985).

O aliar de todas estas respostas ao aspeto particularmente indefeso e dócil do bebê, impulsiona afetos e emoções.

1.3. AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE VÍNCULO

De acordo com HOCKENBERRY & WILSON (2008), existem comportamentos que se podem considerar como compatíveis com o estabelecer de um processo de vinculação. Por outro lado, face a determinadas atitudes dos pais para com o RN, pode-se de alguma forma inferir acerca da possibilidade de comprometimento no estabelecimento de fortes laços emocionais entre estes e o bebê.

Ao enfermeiro, enquanto agente promotor de um ambiente/contexto favorável a um desenvolvimento harmonioso por parte do bebé, cabe a tarefa de estar atento a todas as nuances de que se revestem os comportamentos parentais. HOCKENBERRY & WILSON (2008) realçam a subjetividade inerente a esta análise, considerando contudo que existem comportamentos parentais que sugerem uma vinculação efetiva e comportamentos parentais que sugerem um comprometimento desta relação afetiva. A deteção de situações de comprometimento da vinculação pais-bebé impele a uma intervenção dirigida à sua promoção, tendo em vista o interesse superior da criança e a defesa do seu direito ao amor e desenvolvimento harmonioso.

1.4. O ENFERMEIRO ENQUANTO PROMOTOR DA VINCULAÇÃO PARENTAL

Tal como está previsto no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010), o enfermeiro deve promover a vinculação de forma sistemática.

O enfermeiro deve negociar o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN doente ou com necessidades especiais, permitindo o exercício das responsabilidades parentais e o desenvolvimento de competências relacionadas com a satisfação das necessidades do bebé. Deve fazer compreender que estas necessidades não se resumem a questões físicas, explicando aos pais a importância dos afetos na recuperação e desenvolvimento do bebé. Sempre que possível deve promover a proximidades pais-bebé, o contacto físico e a amamentação (HOCKENBERRY e WILSON, 2008).

Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de promover uma relação interativa, considerando as competências do RN e o seu papel na relação. Nas situações em que os comportamentos parentais indiquem um importante comprometimento do processo de vinculação, o enfermeiro deve continuar a intervir no sentido da sua promoção. Sensibilizar os pais para as competências do seu bebé, para as manifestações e apelos à satisfação das suas necessidades, pode contribuir para o estabelecimento de laços afetivos. HOCKENBERRY & WILSON (2008), consideram que os pais não devem sentir-se culpabilizados de não se sentirem envolvidos por laços emocionalmente fortes com o seu bebé, particularmente numa fase inicial. Deve-lhes ser explicado que este processo de envolvimento afetivo pode ser gradual, desenrolando-se ao longo do tempo e que é sempre possível agir tendo em vista este envolvimento

Em situações complexas, em que se verifique uma total indiferença perante o bebé e verificando-se como infrutíferas todas as estratégias promotoras de vinculação, deve considerar-se a possibilidade da criança estar sob o risco de não receber os cuidados essenciais ao seu adequado crescimento e desenvolvimento. A referenciação destes casos é um imperativo. Os Cuidados de Saúde Primários são um contexto privilegiado ao seguimento destas situações, pela proximidade com a família, que permite uma avaliação do desempenho parental.

2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Borges, A. & Gouveia, B. (2001). *Competências do Recém-nascido*. *Servir*, 49 (3),136-139.

Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (1984). **Apego e Perda**. São Paulo: Martins Fontes.

BRAZELTON, T. & CRAMER, B. (1993). **A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce**. Lisboa: Terramar.

FAURE, M. & RICHARDSON, A. (2004). **Os sentidos do bebê: compreender o mundo sensorial do bebê - a chave para uma criança feliz**. Lisboa: Livros Horizonte.

FERREIRA, M. (1996). **Relação mãe-filho: uma abordagem fenomenológica (nos primeiros dias de vida)**. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa.

FIGUEIREDO, B. **“Bonding” pais-bebe.**, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (2004), I. Leal & C. Faria.

GOMES-PEDRO, J. (1985). **A relação mãe-filho: influência do contacto precoce no comportamento da díade**. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.

HOCKENBERRY, M., WILSON, D. (2008) **Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Elsevier editor Inc.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem**. Lisboa.

PERRY, S. (1999). **Cuidados de enfermagem ao recém-nascido**. I. Bobak, D.

KLAUS, M., KENNEL, J. (1976). **Maternal-infant bonding**. Saint Louis: Mosby Company.

STERN, D. (1995). **The motherhood constellation**. New York: Harper Collins.

TROY, N. **The time of first holding of the infant and maternal self-esteem related to feelings of maternal attachment**. *Women Health*. (1995), 22(3): 59-72.

3. GRELHA DE AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE VÍNCULO

(adaptado de HOCKENBERRY e WILSON, 2008)

COMPORTAMENTOS PARENTAIS OBSERVÁVEIS VINCULAÇÃO DEMONSTRADA		COMPORTAMENTOS PARENTAIS OBSERVÁVEIS VINCULAÇÃO NÃO DEMONSTRADA	
Quando o RN é levado para os pais, estes estendem os braços na sua direção.	1	Quando o RN é levado para os pais, estes ficam indiferentes e têm que ser estimulados a pegá-lo.	0
Os pais chamam o RN pelo nome.	1	Os pais não chamam o RN pelo nome, referindo-se sempre a ele como “o bebê”, “este”,...	0
Os pais encontram no RN sinais de identificação/semelhanças.	1	Os pais demonstram incapacidade de se identificar com a criança, não encontrando semelhanças com o RN.	0
Ao pegar no bebê os pais envolvem-nos seus braços.	1	Ao pegar no bebê os pais mantêm-no afastado do seu corpo.	0
Quando o RN está acordado, os pais comunicam com ele.	1	Quando o RN está acordado, os pais não o envolvem na comunicação.	0
Estabelecem contacto visual direto com o RN.	1	Não se observa a tentativa de estabelecer contacto visual direto com o RN.	0
Manifestam afeto na forma de cuidar (sorriem para o RN, beijam, acarinham, aninham...).	1	Os pais tocam no bebê usando movimentos bruscos e inadequados.	0
Quando o RN se encontra choroso ou agitado, os pais procuram responder às suas necessidades.	1	Quando o RN se encontra choroso ou agitado, os pais mantêm-se indiferentes e não procuram responder às suas necessidades.	0
Score			

Score >=6

- Valorizar demonstração de comportamentos de vínculo.

Score >4 e <6

- Sensibilizar os pais para a importância dos afetos para o desenvolvimento da criança.
- Valorizar demonstração de comportamentos de vínculo.

Score <= 4

- Sensibilizar os pais para a importância dos afetos para o desenvolvimento da criança;
- Sensibilizar os pais para os aspetos relacionados com as competências do RN, e o seu papel no estabelecimento de fortes laços emocionais;
- Ponderar referenciação para o Centro de Saúde.

Se necessária intervenção identificar a quem a mesma se dirige: pai mãe ambos

ANEXO IV- Resultados da Aplicação da Grelha de Avaliação de Comportamentos de Vínculo (em contexto de estágio)

SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA

TRÍADE	DATA	SCORE
A	11/05	8
B	14/05	8
C	14/05	7
D	14/05	7

Score igual a 7, relaciona-se com “os pais demonstram incapacidade de se identificar com a criança, não encontrando semelhanças com o RN”

UNIDADE DE NEONATOLOGIA

TRÍADE	DATA	SCORE
E	17/05	7
E	18/05	8
F	17/05	6
F	18/05	6
F	20/05	7
G	21/05	8
H	17/05	7
H	18/05	7
H	20/05	8
I	21/05	5
I	22/05	6
I	28/05	8
J	28/05	7

Scores inferiores foram encontrados em situações de maior instabilidade clínica por parte da criança, relacionando-se principalmente com:

- “quando o RN está acordado, os pais não o envolvem na comunicação”;
- “ao pegar no bebê os pais mantêm-no afastado do seu corpo”, e
- “os pais demonstram incapacidade de se identificar com a criança, não encontrando semelhanças com o RN”.

ANEXO V- Grelha de Observação Física e Comportamental/Neurológica do RN

Grelha de Observação Física e Comportamental/Neurológica do RN

OBSERVAÇÃO FÍSICA	ASPETOS A AVALIAR	VALORES MÉDIOS	DESVIOS
Sinais vitais	Temperatura	35,6 – 37,4	<35,5
			>37,5
	Pulso apical	120 – 140	Bradycardia <80-100
			Taquicardia >160 – 180
	Pulsos femurais	Iguais/cheios	Fraco/ausente
Respiração	30 – 60	Taquipneia >60	
Postura	Posição	Intrauterina	
		Flexora	Postura Flácida
	Mobilidade	Resiste à extensão das extremidades com choro	Não resiste à extensão das extremidades
		Movimento espontâneo assíncrono (pernas em bicicleta), mas igual extensão das extremidades	Limitação de movimentos
	Tónus muscular	Tonus sem alterações	Hipotonia
Hipertonia			
Opistótonos			
Pele	Coloração	Rosado	Marmoreada
		Eventual acrocianose	Cianose generalizada
			Icterícia progressiva
			Coloração acinzentada
			Pletórica
			Palidez
	Textura	Hidratada	Fina, com rede venosa superficial no abdómen
		Vernix Caseoso	
		Lanugo	
		Integra	Seca
	Alterações cutâneas	Hemangiomas capilares	Equimoses ou petéquias que persistem
Milia			
Petéquias apenas na área da apresentação		Edema das mãos e pés	
			Pústulas
		Manchas mongólicas	Vesículas
			Rush cutâneo

				Manchas café com leite ou coloração vinho do porto	
Cabeça	Fontanela anterior e posterior	Normotensas			
		Macias		Deprimida	
		Firmes			
	Suturas	Palpáveis		Separadas	
				Sobrepostas	
				Afastadas	
			Caput succedaneum		
			Cefalohematoma		
	Cabelo	Presente		Ausente	
Olhos	Localização	Simetria		Assimetria	
				Pregas nos cantos	
	Movimentos oculares	Sem alterações		Estrabismo	
				Nistagmo	
	Pupilas	Isocóricas		Desiguais	
			Isoreativas em resposta à luz		Dilatadas
				Fixas	
Secreção	Ausente		Purulenta		
			Ausência de lágrimas		
Arcada Supraciliar	Distinta		Sobrancelhas juntas na linha média		
Nariz	Localização	Linha média		Fora da linha média	
	Permeabilidade e	Presente		Malformações	
				Adejo nasal	
Secreções	Presentes		Abundantes e espessas		
		Muco esbranquiçado			
Pavilhões auriculares	Tamanho	Tamanho e formato regular		Tamanho e formato irregular	
		Cartilagem presente		Agenésia	
				Ausência de cartilagem	
	Implantação	Ponta da orelha na linha horizontal em relação ao canto externo dos olhos		Inserção baixa das orelhas	
	Permeabilidade e do canal auditivo	Presente		Ausente	
Audição	Reage a voz e sons		Não reage		
Boca	Simetria dos movimentos labiais	Reflexo de sucção		Ausente	
	Integridade	Integridade labial		Lábio leporino	
		Integridade do palato		Fenda palatina	
	Freio	Sem alterações		Freio Curto	
Choro	Vigoroso		Fracos		

	Língua	Sem alterações	Rouco	
			Ausente	
			Grande	
			Protusa	
			Deslocada	
Salivação	Ausente ou mínima	Profusa		
		Baba		
Dentes	Presente	Ausente		
Pescoço	Tamanho	Curto	Dobras de pele em excesso	
		Pequeno		
		Circundado pelas dobras cutâneas		
Mobilidade	Amplitude de movimentos	Inclinaç		
		resistência à flexão		
Tórax	Formato	Barril	Funil (pectus excavatum)	
			Pombo (pectus carinatum)	
	Expansão	Simétrica	Assimétrica	
	Sinais de dificuldade respiratória	Sem sinais de dificuldade respiratória	Tiragem intercostal	
			Tiragem infracostal	
			Tiragem supraesternal	
			Tiragem global	
			Gemido expiratório	
		Leve retração externa	Estridor inspiratório	
			Respiração irregular persistente	
			Períodos de apneia > 20 segundos Respiração paradoxal	
Clavícula	Sem alterações	Crepitação		
Mama	Entumescimento da mama	Rubor ou firmeza ao redor dos mamilos		
	Ausência de secreção	Secreção de substância leitosa		
Mamilos	2 mamilos proeminentes	Mamilos supranumerários		
	Simétricos	Assimétricos		
Abdómen	Formato	Arredondado	Distensão abdominal	
		Proeminente	Abaulamento	
			Localizado	
	Abdómen côncavo Hérnia umbilical			
Integridade	Presente	Ondas peristálticas visíveis		

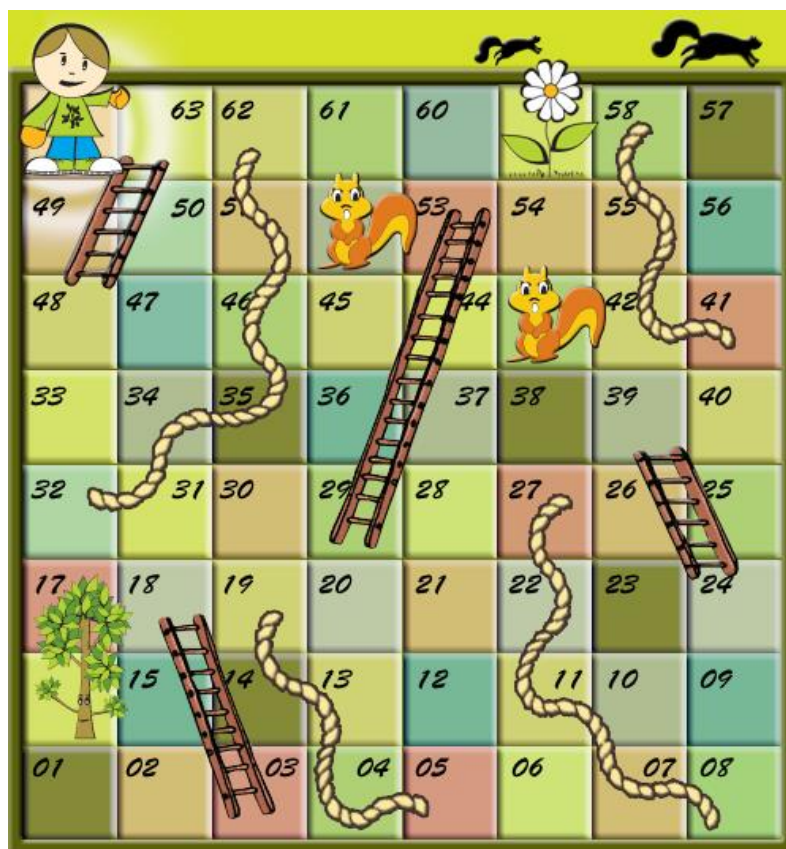
				Urina, fezes ou secreção purulenta extravazadas		
	Ruídos	Ruídos intestinais presentes		Ausência de ruídos intestinais		
	Coto umbilical	2 Artérias e 1 veia		Apenas 1 artéria no cordão		
		Coloração branca e azulada ao nascimento		Coloração esverdeada ao nascimento		
		Inodoro ou Secreção			Secreção purulenta	
					Cheiro fétido	
					Eritema periumbilical	
			Sangramento			
		Hematoma				
			Rubor no tecido circundante ou então com sinais inflamatórios			
Genitália feminina	Clitóris, grandes e pequenos lábios	Geralmente edemaciados		Grandes lábios muito afastados e proeminentes dos pequenos lábios		
				Ambiguidade genital		
				Lábios fundidos		
	Meato uretral	Localizado atrás do clitóris		Clitóris aumentado com o meato uretral na extremidade		
	Abertura vaginal	Presente		Ausente		
			Pseudomestruação			
			Mecônio na abertura genital			
Genitália masculina	Abertura uretral	Localizada na extremidade do pênis		Epispádias		
				Hispaspádias		
	Prepúcio	Retração do prepúcio presente				
		Incapacidade de retrair o prepúcio				
		Abertura uretral coberta pelo prepúcio				
	Escroto	Grande		Testículos não palpáveis na bolsa escrotal		
		Edemaciado				
		Pendente				
		Coberto por rugas		Testículos palpáveis no canal inguinal		
Testículos palpáveis na bolsa						
			Testículos não Palpáveis			

			Bolsa escrotal pequena	
			Escroto liso	
			Hérnias inguinais	
			Hidrocele	
			Massa na bolsa escrotal	
			Ambiguidade genital	
Reto	Integridade	Coluna intacta	Espinha bífida	
		Sem aberturas, sem massas ou curvas proeminentes	Tufos de pelos ao longo da espinha	
	Abertura Anal	Permeável	Ânus imperfurado	
			Fissuras anais	
Membros	Anca	Sinal de Ortolani negativo	Sinal de Ortolani positivo	
	Superiores e inferiores	Simetria do comprimento das extremidades/ Membros	Assimetria do comprimento das extremidades /membros	
		Tónus muscular igual em ambos os lados	Assimetria de tónus	
		Amplitude total de movimentos	Assimetria de movimentos	
		Pulsos braquias palpáveis	Ausência da parte distal do membro	
		Assimetria das pregas cutâneas dos membros inferiores Membros com grau de flexão	Pulsos braquiais ausentes	
	Mãos e pés	5 dedos em cada mão	Polidactilia	
		5 dedos em cada pé	Sindactilia	
		Amplitude total de movimentos	Membranas interdigitais	
		Região plantar geralmente achatada		
			Deformidade congénita do pé	
	Leitos ungueais	Róseos	Cianose persistente	
		Cianose transitória	Coloração amarelada	

REFLEXOS DO RECÉM-NASCIDO

REFLEXO	ESTIMULAÇÃO	RESPOSTA COMPORTAMENTAL ESPERADA	
Glabelar	Toque rápido sobre a ponta do nariz	Fecho rápido dos olhos	
Sução	Estimulação da área perioral	Inicia fortes movimentos de sucção	
Pontos cardeais/rotação	Tocar a bochecha	Vira a cabeça para esse lado	
Extrusão	Tocar a língua ou pressioná-la para baixo	Força a língua para fora	
Preensão Palmar/Plantar	Tocar as regiões palmares ou plantares próximo à base dos dedos	Flexão das mãos/pés	
Babinsky	Tocar o exterior da região plantar a partir do calcanhar e através do arco do pé	Os dedos sofrem hiperextensão e o polegar dorsiflexão	
Moro	Colocar o recém-nascido na posição sentado e permitir que a cabeça e o tronco descaiam ligeiramente para trás	Súbita abdução e extensão dos membros/abertura dos dedos em leque	
Sobressalto	Ruído súbito alto	Braços em abdução com flexão dos cotovelos e mãos cerradas	
Tônico-cervical	Rodar a cabeça rapidamente para um lado	Membros desse lado em extensão, do lado oposto em flexão	
Marcha	Segurar o recém-nascido de modo que a planta dos pés toque numa superfície rígida	Flexão e extensão recíprocas das pernas, simulando a deambulação	
Rastejar	Colocar o recém-nascido em decúbito ventral	Movimentos dos braços e pernas para se arrastar	
Tendinosos profundos	Com o dedo provocar o reflexo rotiliano	Espasmo do joelho	
Tração	Puxar pelos punhos da posição supina, com a cabeça na linha média	A cabeça descai até estar direita, depois momentaneamente é mantida no mesmo plano com tronco e ombros e seguidamente cai para a frente	
Curvatura do tronco	Acariciar as costas do recém-nascido ao longo da coluna vertebral	Os quadris movimentam-se em direção ao lado estimulado	
Posicionamento	Recém-nascido ereto, sustentado sob os braços e o lado dorsal do pé rapidamente colocado contra um objeto rígido como uma mesa	As pernas levantam como se o pé fosse subir a mesa	
Extensor contra lateral	Em decúbito dorsal estender uma perna, pressionando o joelho e estimular a planta do pé	Perna oposta fletida em abdução e depois em extensão	

ANEXO VI – Jogo de aplicação informática “Diabetes – a brincar vamos aprendendo”



Legenda – Tabuleiro do Jogo

INSTRUÇÕES

Para jogar, deves escolher a resposta certa

- Selecciona o número de jogadores que vão jogar.
- Lança o dado e responde à pergunta.
- Se a resposta estiver errada, voltas à casa de onde saíste.
- Se estiveres ao fundo da escada e responderes corretamente, vais para o cimo da escada.
Se deres uma resposta errada, desces.
- Se estiveres no alto da corda e deres uma resposta errada, desces.
- Se caíres numa das casas marcadas (Esquilo, Flor ou Árvore) e deres a resposta certa, tens direito a jogar outra vez; caso contrário, voltas à casa 1.
- O primeiro jogador a chegar à casa 64 e a responder corretamente, ganha o jogo.

BOA SORTE!

DIVERTETE-TE E TESTA OS TEUS CONHECIMENTOS SOBRE DIABETES!

ANEXO VII - Documento de apoio ao jogo, intitulado “Brincar – uma estratégia educativa na abordagem à criança/adolescente diabético”

Serviço de Pediatria

BRINCAR

UMA ESTRATÉGIA EDUCATIVA NA ABORDAGEM À CRIANÇA/ADOLESCENTE DIABÉTICO

Autor:

Salomé Brás

Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, da Escola Superior de Saúde de Santarém

Junho de 2013

“ As brincadeiras das crianças não são divertimento
e devem ser vistas como as suas ações mais sérias.”

Montaigne

INTRODUÇÃO

Este documento foi elaborado ao longo da Unidade Curricular Ensino Clínico II, realizado no Serviço de Pediatria de um Hospital da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Tem como objetivo orientar a intervenção dos profissionais na educação à família da criança/adolescente diabético, desenvolvendo competências com vista à capacitação parental e autonomia da gestão terapêutica. Por outro lado, pretende ser um suporte na aplicação de estratégias educativas, onde a vertente lúdica surge como um caminho a explorar, permitindo reconhecer sentimentos, assimilar novas situações, compreender o que se passa durante a sua permanência no hospital e esclarecer conceitos essenciais para uma adequada gestão quotidiana do processo de doença.

1. BRINCAR

Brincar traz muitos benefícios físicos, cognitivos e psicossociais. As mudanças no modo de brincar refletem o desenvolvimento cognitivo e social. É a forma pela qual a criança comunica com o meio em que vive e expressa ativamente seus sentimentos, ansiedades e frustrações (Trezza, 1997, citado por MARTINS et al, 2001).

É pelo meio da brincadeira que a criança transmite de modo simbólico as suas fantasias, os seus desejos e as suas experiências vividas. O modo como a criança brinca é um indicativo de como está, de como é (Lebovici e Diatkine, 1985, citado por MARTINS et al, 2001).

De acordo com Erikson (1950), citado em PAPALIA (2006) brincar é a forma infantil da capacidade humana para lidar com a experiência e dominar a realidade. Brincar é o ponto de interesse central das crianças durante as horas de vigília. Piaget refere que brincar é o trabalho da criança. As crianças progridem do jogo social para o jogo construtivo, para o jogo de faz de conta e depois para os jogos formais com regras. O jogo de faz de conta torna-se mais comum durante a segunda infância e ajuda as crianças a desenvolver habilidades cognitivas e sociais. Segundo Partan também é na segunda infância que as brincadeiras se tornam mais sociais. A criatividade e a imaginação expressas nas brincadeiras também se tornam mais elaboradas. As crianças preferem brincar com outras do mesmo gênero. A maneira de brincar também é influenciada pela cultura (PAPALIA, 2006).

Atendendo à importância do brincar nas crianças, Moraes (1971), citado em MARTINS et al (2001), fala da utilização do brinquedo terapêutico que proporciona à criança hospitalizada a oportunidade de reorganizar a sua vida, os seus sentimentos e diminuir a ansiedade. Este pode ser também usado como forma de ajudar a criança a reconhecer os seus sentimentos, assimilar novas situações, compreender o que se passa durante a sua permanência no hospital e esclarecer conceitos errôneos. O brinquedo terapêutico pode ser o uso de um brinquedo, ou também o uso de uma brincadeira, que simula situações hospitalares, num tema mais dirigido, em que a criança recebe esclarecimentos sobre os procedimentos a que vai ser submetida, ou descarrega a sua tensão após os procedimentos, visualizando as situações e manuseando os instrumentos e fazendo as suas imitações. (Barton, 1969, citado por MARTINS et al, 2001).

2. A CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA

“Considera-se doença crónica aquela que tem um curso longo, podendo ser incurável, deixando sequelas e impondo limitações às funções do indivíduo, requerendo adaptação.” WOODS; YATES; PRIMONO (1989, p.46).

Ao olhar para a infância, espera-se a vivência de situações de saúde que permitam à criança crescer e desenvolver-se. O diagnóstico de uma doença crónica como a diabetes, implica alterações no quotidiano, exigindo uma adaptação rápida a novos modos de vida. De acordo com VIEIRA; LIMA (2002), fatores como a complexidade da doença, o seu tratamento e a previsibilidade influenciam a vivência da doença crónica, por parte da criança e também da sua família.

De acordo com CASSANDRA; OPPERMAN (2001), a doença endócrina mais comum nas crianças é a diabetes insulínica, ou Diabetes Mellitus tipo I, sendo que a maior parte das crianças com Diabetes Mellitus tipo 1 tem idade inferior a 15 anos. O número de crianças e adolescentes com a doença tem vindo a crescer de forma regular por todo o mundo. Em termos gerais, os países com melhores condições de vida são também os que tem uma percentagem mais elevada de crianças com Diabetes Mellitus tipo 1 (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

No momento em que lhes é comunicado o diagnóstico, os pais vivem um sentimento de perda. LOWES & LYNE (2000), descrevem a fase inicial como aquela em que se experimenta o impacto, negação e picos emocionais. A segunda fase é caracterizada pelo delinear de estratégias de coping para resolver a crise, o que leva ao início da adaptação à mudança. Segundo o mesmo autor, o sofrimento emocional vivido pelos pais é intenso. A intervenção educativa do enfermeiro deverá considerar os sentimentos vividos e percepções da criança e da família. São vividas situações difíceis, limitadoras e muitas vezes causadoras de profundo sofrimento, sendo imprescindível incorporar estes aspetos na abordagem à família. VIEIRA; LIMA (2002) referem que é fundamental que o cuidado à criança com doença crónica não contemple apenas os aspetos técnicos, considerando também aspectos físicos, emocionais e sociais. Os profissionais de saúde têm o papel de motivar os pais e a criança a encarar o processo de doença como algo que vão conseguir enfrentar e conviver de forma autónoma e independente.

3. CUIDAR EM PARCERIA COM OS PAIS, SEGUNDO O MODELO DE ENFERMAGEM DE ANNE CASEY

De acordo com o regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista nesta área utiliza um modelo de intervenção, cujo enquadramento conceptual se centra na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos cuidados e trabalha em parceria com a criança/família ou pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Tendo em conta o que está descrito no regulamento de competências específicas, os cuidados de enfermagem à criança/família descritos neste trabalho, têm como base o modelo de enfermagem da parceira nos cuidados de Anne Casey, uma vez que responde à perspectiva de uma enfermagem que aborda a criança/jovem, tendo como ponto de partida a centralidade dos cuidados na família. Esta filosofia reconhece a família como a constante na vida da criança. Cabe então ao enfermeiro especialista apoiar, respeitar, encorajar e enfatizar as potencialidades e a competência da família. Desta forma, o enfermeiro reforça a família, nos seus papéis naturais de cuidadores e tomadores de decisão, baseando-se nas suas forças singulares e reconhecendo a sua experiência de cuidar dos filhos, tanto dentro como fora do contexto hospitalar. São consideradas as necessidades de todos os membros da família e não só da criança (NEWTON, 2000).

Em pediatria a prática dos cuidados baseia-se numa abordagem centrada na criança e família. A família deve ser encorajada a envolver-se no planeamento e implementação dos cuidados à sua criança, sob orientação de Enfermagem. O grau de participação varia de família para família. O Enfermeiro deve de ir ao encontro das necessidades específicas de cada criança e família. O objetivo dos cuidados centrados na criança é manter a força dos papéis e laços familiares com a criança doente, de forma a promover a normalidade da unidade familiar (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

De acordo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010), os programas educacionais devem ter em conta o contexto social e familiar, os seus conhecimentos, as suas capacidades e o estadió de desenvolvimento em que a criança se encontra. Na idade pré-escolar a gestão do regime terapêutico será assumida integralmente pelos pais/cuidadores, moldando a integração de conhecimentos e as práticas que a criança irá reproduzir quando for responsável por este controlo. Este facto reflete a importância de uma educação efetiva, através de um processo contínuo e repetido. A educação da criança com diabetes e da sua família, deve ser realizada por enfermeiros com conhecimentos direcionados para a especificidade desta população. Esta educação deve ir ao encontro das atitudes, valores, conhecimentos e crenças experimentados pela criança e família, devendo ser adaptada e personalizada e podendo incluir uma vertente lúdica, como estratégia educativa.

3.1. Modelo de Parceria nos Cuidados, de Anne Casey

Anne Casey elaborou o modelo de enfermagem de parceria nos cuidados, em 1988, que se direciona para a prestação de cuidados de enfermagem no meio pediátrico. Este veio identificar de forma clara o papel dos pais na construção do processo de cuidados aos seus filhos. Este modelo valoriza o amor como forma de cuidar, motivo pelo qual os pais são os melhores prestadores de cuidados ao seu filho.

O Modelo de Casey engloba cinco conceitos principais: a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro (Casey, 1993, citado em FARREL, 1994). O enfermeiro deve apenas desenvolver cuidados de enfermagem, que são os cuidados mais técnicos e especializados, incentivando os pais a prestar os cuidados familiares, de suporte às necessidades básicas da criança, (higiene, alimentação...). Só deverá interferir se a família não tiver as capacidades ou conhecimentos necessários para garantir a eficácia desses mesmos cuidados. Como tal, o principal papel do enfermeiro é a supervisão. Deve prestar cuidados especializados à criança, sempre que o seu estado de saúde assim o exija, permitindo que a família desempenhe as atividades de cuidados familiares. Contudo, não deve existir uma fronteira fixa, devem sim ser desenvolvidas ações complementares tendo como fim o máximo bem-estar da criança. Deste modo, é possível o enfermeiro desempenhar atividades familiares e os pais desempenharem cuidados mais especializados, desde que devidamente orientados e supervisionados pelo enfermeiro (FARREL, 1994).

Os enfermeiros, para prestar cuidados em parceria, devem reconhecer os pais como sendo os melhores prestadores de cuidados à criança e desenvolver competências de comunicação, relação de ajuda, ensino e trabalho em grupo. As estratégias de apoio visam o envolvimento dos pais nos cuidados a prestar ao filho, através de o desenvolvimento de uma relação de ajuda entre os pais e o enfermeiro. Através do ensino, o enfermeiro orienta os pais nos cuidados a prestar, partilhando conhecimentos e ensinando técnicas apropriadas que possibilitem a aquisição de competências por parte dos pais que permitam a satisfação adequada das necessidades dos seus filhos (FARREL, 1994).

O sentimento de negociação e de respeito pelos desejos da família é a base deste modelo, no qual a família deve ser encorajada a envolver-se nos cuidados à sua criança. Um processo de negociação entre enfermeiro e família permite clarificar o seu papel nos cuidados à criança. Deve estar presente um constante renegociação dos cuidados, de forma a tornar os pais parceiros nos cuidados à criança (CASEY, 1993).

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Marilyn J. Hockenberry; David Wilson (8º ed.), 2011 Elsevier editor Inc. Rio de Janeiro

Diabetes na prática clínica (E-Book), Sociedade Brasileira de Diabetes, 2011, São Paulo

Guias orientadores de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, Ordem dos Enfermeiros, série 1, número 3, volume 2, 2011

Lowes, L., Lyne, P., **Chronic sorrow in parents of children with newly diagnosed diabetes: a review of the literature and discussion of the implications for nursing practice**, Journal of Advanced Nursing, 32 (1), 41-48, 2000

Woods, N., Yates, B., Primono J., **Supporting families during chronic illness**, Nurse Scholarship, 21 (1), 46-50, 1989

Vieira, M., Lima, R., **Crianças e adolescents com doença crónica: Convivendo com mudanças**, Revista Latino-Enfermagem, 10 (4), 552-560, Julho-Agosto 2002

Holt, T., Kumar S., **ABC of Diabetes**, BMJ Publishing Group, 6ª edição, Oxford, 2010

CASEY, A.- Development and use of the partnership modelo f nursing care

GLASPER, E.; TUCKER, A. – Advances in Child health nursing; Middtesex: Scutari Press; 1993.

MANO, M. – Cuidados em parceria as crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais; In Referência. Nº8; Maio 2002; Coimbra

FARREL, Michael – Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica; Nursing; Março; 1994.

Ordem dos enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem. Lisboa.

Maria do Rosário Martins, Circéa Amália Ribeiro; Regina Issuzu Hirooka de Borba e Conceição Vieira da Silva, Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.9 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2001.

ANEXO VIII - Atividades desenvolvidas no domínio da Gestão

SÍNTESE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA GESTÃO

Nos dias 3 e 5 de Julho de 2013 foi realizado estágio de observação participativa com a Enfermeira Chefe do Serviço de Pediatria. As atividades realizadas enquadraram-se numa perspectiva de adquirir competências no âmbito da gestão de recursos humanos e materiais, bem como aspetos relacionados com esta temática.

Estilos de liderança, Gestão de conflitos e Tomada de decisão

Após conversa informal com a enfermeira chefe, verificámos que a gestão de recursos humanos é uma atividade complexa, de difícil apreensão em tão poucos dias. Contudo, para que esta seja eficaz, o chefe deve centrar-se nos objetivos do serviço, mantendo com os seus colaboradores um relacionamento idêntico para todos, em que não se criem situações de discrepância relacionadas com decisões e procedimentos no serviço. No entanto é imprescindível existir o respeito pela individualidade de cada um, tentando reforçar os aspetos positivos de cada colaborador, no sentido da coesão e da funcionalidade da equipa. Foi possível verificar, que o sentimento de coesão da equipa deve-se sobretudo a esta postura do chefe, que torna possível gerir os recursos com a finalidade primordial do bem comum, e secundariamente do bem individual, sem contudo o negligenciar. Não obstante, outro aspeto se releva: os conflitos existem e cabe ao chefe ser o elo harmonizador, sendo a este exigido diariamente o cumprimento desta função, o que nem sempre é fácil. Para tal, o chefe deve deter um autoconhecimento das limitações, competências relacionais e capacidade de tomada de decisão e liderança, que lhe permitam pôr termo aos conflitos e não os sustentar.

O chefe exige aos seus colaboradores, que sejam capazes de cumprir com as suas obrigações profissionais, evocando os aspetos positivos e menos positivos da sua atuação, motivando-os no sentido da concretização dos objetivos do serviço. Deve alertar os colaboradores para a importância de manter o aspeto funcional e de organização do serviço, responsabilizando-os pelos seus atos.

É perceptível a preocupação da articulação dos recursos humanos deste serviço com os restantes serviços do departamento (Obstetrícia, Neonatologia, Urgência Pediátrica), sendo que a mobilidade de pessoal é frequente, decisão designada pelo chefe. Os recursos humanos do serviço são estabelecidos pela administração hospitalar, cabendo ao chefe a sua gestão. A distribuição do pessoal é realizada através do programa informático Sisqual, de acordo com o rácio estabelecido para o serviço.

Formação contínua

A formação contínua é privilegiada pela enfermeira chefe, sendo que a mesma aposta na formação do pessoal, no sentido da excelência dos cuidados. Em diferentes momentos foi possibilitado aos enfermeiros a realização de estágios de observação participativa noutros hospitais mais especializados e com realidades distintas. Esta articulação já permitiu aprofundar conhecimentos sobre situações particulares do cuidado com as quais não tinham contacto frequente, melhorando o atendimento da criança/adolescente neste serviço.

A formação em serviço também é considerada importante, tentando dar resposta às necessidades formativas da equipa, com a visão última da melhoria dos cuidados.

Circuito do Medicamento

A gestão dos medicamentos é realizada através do CPCH, programa informático que traça o circuito do medicamento. É da responsabilidade do enfermeiro o registo de cada administração realizada, o que permite a sua reposição atempada, sendo imprescindível a responsabilização dos enfermeiros neste sentido. Cabe ao enfermeiro chefe certificar-se que todos os procedimentos são cumpridos, de forma a que o stock seja mantido e que não haja falhas. Semanalmente é feita a verificação dos níveis de stock, permitindo a monitorização do destes procedimentos. O feedback dado à equipa, permite a tomada de consciência das falhas detetadas, no sentido da melhoria.

O medicamento é armazenado pelo enfermeiro, existindo no serviço uma sala (Sala de cuidados Especiais), que funciona como uma sala de estabilização da criança/adolescente em estado crítico, onde existe um armário com medicação exigida nestas situações. No âmbito da Acreditação do Serviço de Pediatria, e perpetuando a melhoria contínua da qualidade, foi realizada a reorganização desta sala, com verificação dos prazos de validade, contagem de medicação e disposição dos medicamentos, melhorando assim a funcionalidade deste espaço.

Gestão de Materiais (Consumo Clínico)

O armazenamento do material de consumo clínico é feito através da reposição semanal, por níveis pré-definidos. A mesma sala já descrita anteriormente, detém também material de consumo clínico adequado a situações de especial complexidade. Por forma a melhorar a funcionalidade da sala, foi efetuada a contagem, verificação dos prazos de validade, etiquetagem, e arrumação do material. Foi ainda retirado material em desuso e acrescentado material considerado importante. Foi verificada a necessidade de implementar uma estratégia de melhoria à criança crítica, no sentido da abordagem da via aérea. A estratégia acordada com a enfermeira chefe, consistiu na criação e implementação no serviço, de uma compilação de material necessário para a abordagem da via aérea, melhorando a acessibilidade atuação numa situação de gravidade clínica, que ficou designado como "Tabuleiro de Entubação". Foi elaborada uma folha de Relatório de Conteúdo, que foi colocada em anexo ao tabuleiro, que carece de verificação e revisão periódica do mesmo.

RELATÓRIO DE CONTEÚDO: TABULEIRO DE ENTUBAÇÃO

DESIGNAÇÃO	QUANTIDADE	VALIDADE
Pinça De Maguil	1	
Lâmina laringoscópio n.1 reta	1	Sem validade
Lâmina laringoscópio n.2 curva	1	Sem validade
Lâmina laringoscópio n.3 curva	1	Sem validade
Cabo laringoscópio	1	Sem validade
Pilhas	2	06/2017
Tubo endotraqueal n.º 2,5	1	10/2014
Tubo endotraqueal n.º 3	1	08/2014
Tubo endotraqueal n.º 3,5	1	03/2016
Tubo endotraqueal n.º 4	1	11/2013
Tubo endotraqueal n.º 4,5	1	09/2013
Tubo endotraqueal n.º 5	1	06/2015
Tubo endotraqueal n.º 5,5 com cuff	1	02/2016
Tubo endotraqueal n.º 6 com cuff	1	05/2017
Tubo endotraqueal n.º 6,5 com cuff	1	09/2016
Tubo endotraqueal n.º 7 com cuff	1	01/2016
Tubo endotraqueal n.º 7,5 com cuff	1	05/2015
Tubo endotraqueal n.º 8 com cuff	1	11/2017
Tubo guedel n.º 0	1	09/2014
Tubo guedel n.º1	1	10/2014
Tubo guedel n.º2	1	
Tubo guedel n.º3	1	01/2014
Tubo guedel n.º4	1	10/2013
Seringa 10 ml	1	05/2018
Água destilada 10 ml	1	10/2015
Nastro	1	Sem validade
Luvas esterilizadas 6,5	1	12/2017
Luvas esterilizadas 7,5	1	12/2017

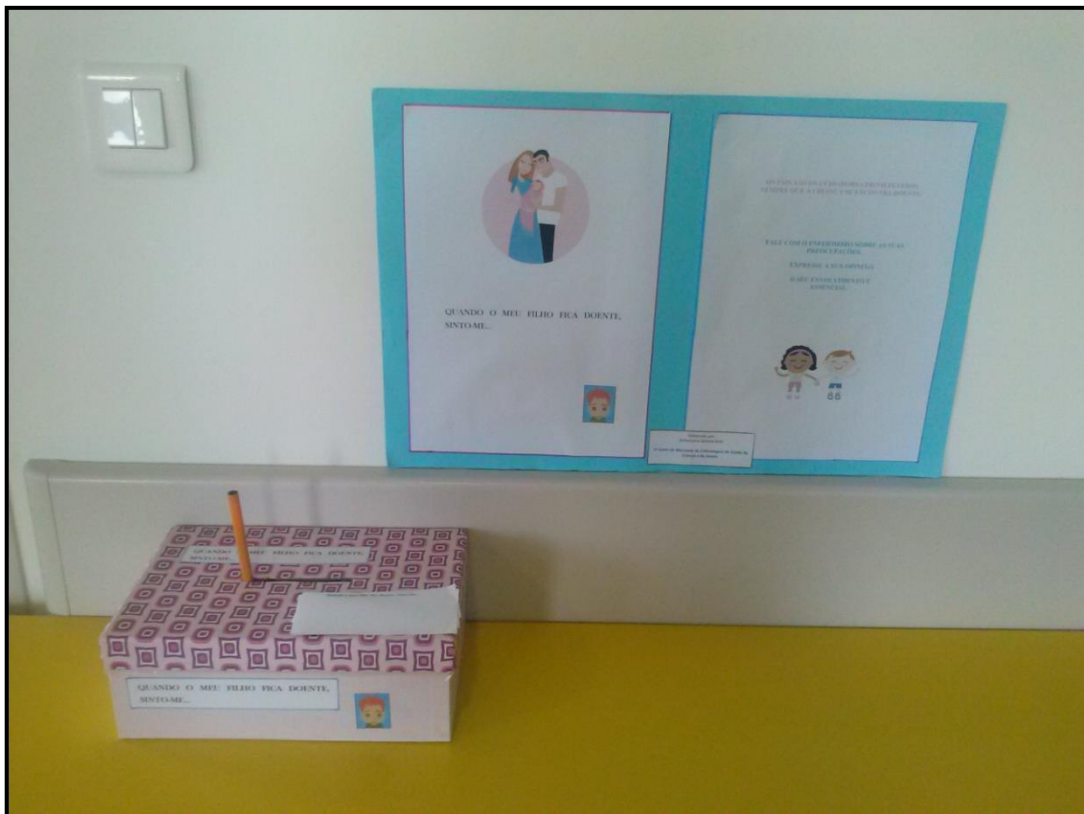


Legenda – Fotografia do tabuleiro de abordagem da via aérea da criança, organizado no âmbito das atividades de gestão

ANEXO IX - “Quando o meu filho fica doente sinto-me...”



QUANDO O MEU FILHO FICA DOENTE, SINTO-ME...



Legenda – Fotografia do espaço reservado aos pais para participarem na atividade “Quando o meu filho fica doente sinto-me...”



QUANDO O MEU FILHO FICA DOENTE, SINTO-ME...

**TRISTE
PREOCUPADO, MAS TENTANDO NÃO O DEMONSTRAR
PARA NÃO ASSUSTAR O MEU FILHO** ❤️❤️

ANGUSTIADO

DESANIMADO

COM MEDO



RECEOSO DE NÃO AGIR DE FORMA CORRETA

COM MIL CUIDADOS

CANSADO

**CONFIANTE NAS PESSOAS QUE ESTÃO AQUI PARA
NOS AJUDAR**

**COM O CORAÇÃO NAS MÃOS... OS FILHOS ESTÃO
ACIMA DE TUDO... SÃO UM PEDAÇO DE NÓS**

**Sentimentos descritos pelos pais das crianças que recorrem ao Serviço de Urgência
Pediátrica
(Setembro de 2013)**

ANEXO X - Ficha de leitura do artigo ““The Logic of Care”- Parents’perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes”

Título	"The Logic of Care"- Parents'perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes	
Autores	Lisberth Jonson, Inger Hallstrom & Anita Lundqvist	
Metodologia	Estudo qualitativo	
Objetivos	Descrever as percepções parentais acerca do processo educacional que foi sujeito, quando o seu filho foi diagnosticado com Diabetes Mellitus Tipo 1.	
Participantes	10 mães e 8 pais de crianças com idade compreendida entre os 3 e os 16 anos, recém diagnosticadas com Diabetes Mellitus Tipo 1	
Intervenções	Instrumentos	Entrevistas semi-estruturadas Análise de conteúdo
	Procedimento	Cenário Realizado na região sudoeste da Suécia, em 3 departamentos pediátricos distintos. Horizonte Temporal Entre a Primavera e o Outono de 2010 (aos 3 e 6 meses após conhecerem o diagnóstico clínico).
	Seleção e Características da Amostra	Pais de crianças com idade compreendida entre 3 a 16 anos que tinham sido diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo I. Catorze famílias foram convidadas a participar durante um período de seis meses e 10 concordaram em participar. Um total de 18 pessoas foram entrevistadas, incluindo 16 pais que coabitam, uma mãe que não vive com o pai de a criança, e uma mãe solteira. As famílias entrevistadas eram oriundas de áreas rurais e urbanas.
	Critérios de Inclusão e de Exclusão	Critérios de inclusão Pais de crianças com idade compreendida entre 3 a 16 anos, que tinham sido diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo I. Critérios de exclusão Todos os pais que não cumprissem os critérios de inclusão e todos os pais que não aceitassem participar.
Resultados	No que se refere aos resultados, os pais consideraram que numa fase inicial o enfermeiro os ajudou a traçar os limites necessários na prestação de cuidados, nomeadamente em	

Resultados (cont.)	<p>relação às técnicas de cariz invasivo. No insucesso da negociação dos pais com a criança, coube ao enfermeiro estabelecer o limite como resposta à oposição da criança, mostrando aos pais qual a linha que deve ser seguida.</p> <p>Foi referido pelos pais que a calma e o conhecimento do enfermeiro lhes permitiu perceber que a situação poderia ser controlada, quando esse conhecimento lhes fosse transmitido. O compromisso demonstrado pelos profissionais na aquisição parental de conhecimento, foi descrito como fundamental para a compreensão da doença.</p> <p>Foi referido que o facto do enfermeiro lhes permitir ser cada vez mais autónomos na prestação de cuidados, foi entendido como um sinal que refletia a sua capacidade para cuidar da criança.</p> <p>Os pais consideraram também que 10 a 14 dias depois da hospitalização se encontravam preparados para a alta. Referiram que o facto de poderem contactar telefonicamente os enfermeiros do serviço os ajudava a sentir confiança.</p> <p>Os pais aprenderam com o enfermeiro que é importante fazer com que a criança adquira a consciência da seriedade da patologia e da necessidade de cuidados. Este aspeto foi reconhecido em particular pelos pais de adolescentes.</p> <p>A transmissão de conhecimentos foi considerada como um processo intenso, contudo aceite pelos pais pela necessidade de aprender o mais possível. Alguns pais consideraram não terem sentido empatia com a equipa.</p> <p>Todos os pais referiram estar a lutar para serem bons pais, tentando gerir a doença de forma a garantir que a vida da criança seria o mais normal possível, contudo as alterações na vida familiar e social provocou-lhes tristeza.</p> <p>Os pais relataram que após o diagnóstico desejavam saber lidar com a doença mas sentiam-se tristes, só podendo chorar longe dos filhos. Consideraram ainda que não houve tempo/oportunidade para lidar com estes sentimentos.</p> <p>Não se verificaram variações significativas nas perceções maternas e paternas.</p>
Discussão/Conclusão	<p>De tudo isto os autores depreenderam que se Considera que os enfermeiros devem ser sensíveis aos valores das crianças e das suas famílias. A partilha de experiências e conhecimentos entre os enfermeiros e os pais deve encontrar</p>

<p>Discussão/Conclusão (cont.)</p>	<p>uma linguagem comum.</p> <p>O envolvimento parental, integrando a transmissão de conhecimentos nos cuidados de rotina, contribui para atingir princípios relacionados com a capacitação parental na resolução de problemas.</p> <p>Quase todos os pais consideraram que estavam em “boas mãos”, podendo entregar-se ao cuidado dos profissionais. Este aspeto pode ser considerado como um obstáculo se os pais não forem devidamente envolvidos nas escolhas e decisões, levando-os a perder o seu sentido de dignidade e abalando a confiança no seu papel parental.</p> <p>Exige-se assim ao enfermeiro um compromisso com a família, inspirando confiança e transmitindo conhecimento. É importante que se estabeleça uma relação empática entre enfermeiro e pais, para que estes se sintam confortáveis a falar abertamente dos seus erros e problemas.</p> <p>Os pais revelaram um enorme desejo de aprender o máximo possível e de levar as rotinas do hospital para o domicílio. Considera-se que este aspeto pode refletir que a individualização dos cuidados não foi bem conseguida.</p> <p>O facto da dor da família não ter sido foco de atenção durante o intenso processo de adaptação à doença da criança, revela que o enfermeiro deverá estar atento às respostas emocionais dos pais, detetando aqueles que precisam de apoio. No sentido de otimizar o processo educativo dirigido às famílias com crianças recém-diagnosticados com Diabetes Mellitus Tipo IM1, deve ser dado um maior enfoque na perceção das famílias, de forma a que a informação se torne mais compreensível, facilitando a sua aquisição.</p> <p>Limitações do estudo</p> <p>Sendo um estudo qualitativo considera-se que dele se obtém informação rica e detalhada, contudo num número reduzido de casos. Considera-se ainda que a credibilidade inerente ao processo de colheita de dados pode ser afetada pela relação que se estabelece entre entrevistadores e pais, pelo que os autores optaram por utilizar citações diretas, no sentido de conferir essa mesma credibilidade.</p>
<p>Nível de Evidência</p>	<p>VI – Evidence from a single descriptive or qualitative study</p>

ANEXO XI- Ficha de leitura do artigo “Parent’s expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care settings: a qualitative multicenter study with 60 parents”

Título	Parent's expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care settings: a qualitative multicenter study with 60 parents	
Autores	Sonia Guillaume, Natacha Michelin, Elodie Amrani, Brigitte Benier, Xavier Durrmeyer, Sandra Lescure, Charlotte Bony, Claude Danan, Olivier Baud, Pierre- Henri Jarreau, Elodie Zana Taieb & Laurence Caeymaex	
Metodologia	Estudo qualitativo	
Objetivos	Explorar as percepções parentais acerca das primeiras interações entre os pais e o RN, identificando as ações que os cuidadores podem adotar para incrementar o desenvolvimento desse processo interativo.	
Participantes	60 pais (30 mães e 30 pais), de recém-nascidos prematuros (nascidos antes das 32 semanas de gestação), internados numa unidade de cuidados neonatais	
Intervenções	Instrumentos	Entrevistas semi-estruturadas Análise de conteúdo
	Procedimento	Cenário O estudo decorreu em 3 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais na região de Paris, em França. Horizonte Temporal Entre Novembro de 2009 e Março de 2010.
	Seleção e Características da Amostra	30 pais e 30 mães (distribuídos de forma uniforme por cada uma das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais envolvidas no estudo).
	Critérios de Inclusão e de Exclusão	Critérios de Inclusão Pais de RN que nasceu antes de 32 semanas de gestação e com idade cronológica entre os 15 a 30 dias de vida no momento da inclusão no estudo, sem recente agravamento clínico grave. Pais que cumprissem o critério já mencionado e que falassem francês. Critérios de exclusão: Pais que não aceitassem participar e/ou que não cumprissem os critérios de inclusão atrás mencionados.
Resultados	Os resultados revelarem que em relação ao “desenvolvimento do sentimento de um vínculo precoce entre os pais e o bebé”, foi	

Resultados (cont.)

referido que as interações com o seu filho assumiram um papel importante no estabelecer de sentimentos de ser pai ou mãe. Esta interação foi identificada como fomentadora de um vínculo específico com o bebé.

As mães identificaram três fatores fomentadores de sentimentos de vinculação, tais como a proximidade física com o filho, o aumento do conhecimento à medida que se estabelece este contacto e ainda a possibilidade de deixar junto do bebé um brinquedo ou um pedaço de tecido que lhe transmitisse o seu odor. A maioria das mães referiram sentir a necessidade de dirigir ao bebé gestos maternos, como beijos. O contacto pele a pele foi identificado como impulsionador de sentimentos de parentalidade e pertença, permitindo aprender a tocar no bebé sem o magoar. As mães referiram que a amamentação permitiu experimentar sentimentos de vínculo, contudo enumeraram dificuldades relacionadas com a retirada do leite, referindo sentimentos de frustração pela demora na administração do mesmo ao bebé.

A maioria dos pais aceitou pegar o bebé ao colo, mas a sua interação baseou-se essencialmente numa interação verbal e visual. Poucos pais referiram sentir necessidade de um contacto físico mais próximo. A maioria relatou que interagiu com a criança para promover o bem estar materno. Os pais identificaram a amamentação como um aspeto muito importante.

Em relação à “influência dos enfermeiros sobre as interações precoces entre os pais e o bebé e a perceção pessoal dos pais”, a maioria dos pais descreveu-se como dependente dos enfermeiros para cuidar do bebé, encontrando-se necessariamente sujeitos à sua autoridade.

Quase todos os pais relataram que a conduta atenciosa da equipa foi primordial para as interações que eles desenvolveram com o seu filho. Tanto os pais como as mães relataram que uma atitude gentil no cuidado ao filho atenuou a estranheza da unidade de cuidados intensivos. Os pais referiram que a sua capacidade de ter contacto com o bebé se encontra relacionada com a conduta dos enfermeiros. A maioria dos pais relatou um bom relacionamento com os enfermeiros e a adoção de uma atitude gentil destes para com os pais e o bebé, que superou as suas expectativas. Esta atitude foi identificada como motivadora da proximidade dos pais durante a prestação direta de cuidados de enfermagem ao bebé.

Resultados (cont.)

Alguns pais referiram que apenas sentiram legitimidade para experimentar momentos de proximidade física com o bebé, quando estes lhes foram propostos pelos enfermeiros.

As mães descreveram-se simultaneamente como dependentes e próximas dos enfermeiros. Os pais descreveram o comportamento dos enfermeiros em relação ao bebé e à mãe, não tecendo considerações em relação à atitude dos enfermeiros para consigo.

Alguns pais referiram sentir que a informação disponibilizada para as mães era mais detalhada, o que se configurava frustrante para o seu papel de pais.

Em relação às informações disponibilizadas no período pré-natal, os pais consideraram ser perturbador perceber que existem considerações discordantes acerca da reanimação de bebés prematuros, servindo de impedimento para que os pais se sentissem como tal.

O facto de ser permitido às mães verem a criança imediatamente após o parto, ainda que por poucos momentos, foi identificado como uma forma de experimentar sentimentos de parentalidade.

Os pais referiram o momento do parto como gerador de um stress intenso, uma vez que se encontravam simultaneamente preocupados com a sua esposa e o bebé.

Após o nascimento, muitas mães referiram ter tido que esperar um ou dois dias antes de lhe ser permitido ver seu bebé, por motivos de saúde. A visita dos enfermeiros da unidade e a entrega de uma fotografia do bebé, foram os dois fatores descritos como muito úteis para que se sentisse mais perto do seu filho. Quase todos os pais relataram ter recebido uma fotografia nas primeiras horas após o nascimento, colocando em evidência uma atitude humana por parte dos enfermeiros. Os pais que não receberam a fotografia que lhes tinha sido prometida descrevem que se sentiram desapontados, reforçando a noção de ausência e um sentimento de impotência.

As mães que receberam a visita da equipa da unidade de cuidados intensivos neonatais, consideraram que foi útil tomar conhecimento de informação clara e concisa. A maioria dos pais sentiram necessidade que um enfermeiro os recebesse na primeira visita ao bebé, pois esse momento foi sentido como gerador de muita ansiedade. Mencionaram ainda que tinha sido muito importante que o enfermeiro se apresentasse pelo seu

Resultados (cont.)

primeiro nome, adotando uma atitude agradável.

Nas primeiras semanas na unidade, o acesso a informações de forma regular ajudou a maioria dos pais de limitar os seus sentimentos de desamparo e a ser capaz de estar com o bebé dia após dia.

As mães referiram mais frequentemente do que os pais que necessitavam de informações sobre a capacidade relacional do bebé e o significado das suas reações. Situações inesperadas ou não compreendidas foram identificadas como geradoras de sentimentos de pânico, impedindo-os de estar tranquilamente com o bebé.

Algumas mães descreveram uma noção de retrocesso no seu vínculo com o filho, sempre que a sua situação clínica se deteriorava e eram impedidas de se envolver de forma próxima com o bebé.

O telefone foi descrito como uma forma de se encontrar ligado ao bebé a partir do domicílio. Alguns pais consideraram que o facto de receberem uma chamada de manhã e outra à noite, era entendido como tranquilizante. Outros caracterizaram este facto como mais preocupante do que reconfortante.

Os autores consideraram que na generalidade, pais e mães identificaram os momentos de interação como geradores de uma relação de vinculação com os seus bebés. Os pais não interagem com os seus bebés da mesma forma com que as mães o fazem, e descrevem diferentes expectativas em relação aos enfermeiros. Tanto os pais como as mães descrevem a necessidade de uma comunicação eficaz antes do nascimento, durante o parto e na unidade de cuidados intensivos neonatais.

O estudo permitiu concluir que receber informações sobre o estado de saúde do bebé, e sobre o ambiente envolvente permite que os pais se possam sentir à vontade e se sintam aptos para se relacionarem com o seu filho. A ansiedade impede que se sintam capazes de interagir com o bebé, pelo que precisam de tranquilidade para se focar nesta relação.

Explicar aos pais as competências sensoriais e relacionais do bebé, foram identificadas como essenciais para conhecer o seu filho e para a emergência de um sentimento de parentalidade, minimizando sentimentos de incompetência em cuidar. O estudo não mostrou diferenças significativas nas percepções parentais, decorrentes de aspetos demográficos e/ou sociais.

Discussão/Conclusão

No que se refere à “comunicação” com os enfermeiros, esta afigurou-se como decisiva no estabelecer se sentimentos de vínculo com o bebé, no que diz respeito à informação transmitida e à relação criada com os profissionais. A consistência da informação foi identificada como essencial. Concluiu-se que os pais esperam que a informação lhes seja transmitida através de uma atitude afetuosa e humana, em detrimento do cariz técnico da mesma. Os resultados do estudo sugerem que o respeito e atitude do enfermeiro reforça o papel parental e promove sentimentos de utilidade e o desenvolvimento da noção de que os pais são insubstituíveis para o bebé. Este estudo aproxima-se da perspectiva de cuidado centrado na família.

Do estudo se conclui que existem diferenças na forma como os pais e as mães se relacionam com o bebé. A auto estima materna e a capacidade de interação das mães gerada nas primeiras semanas, assenta na sua relação com o enfermeiro, podendo ser fomentada ou não, dependendo da sua atitude. A este nível os pais não se sentem tão dependentes do enfermeiro.

As mães conservam particularmente a memória das emoções experimentadas no momento em que lhes é transmitida informação, tendo dificuldade em recordar posteriormente o que lhes foi transmitido. Os pais conservam de forma mais precisa essa mesma informação. Um dos objetivos dos enfermeiros nas unidades de cuidados intensivos neonatais é permitir que os pais se tornem progressivamente mais autónomos. É promovendo momentos de interação entre os pais e o bebé, e reconhecendo a sua importância para o seu filho, que se reforça o papel parental e se fomenta o aumento da autonomia. Todos os enfermeiros podem melhorar o seu desempenho, aprendendo e implementando intervenções concretas que podem ajudar a reparar os danos psicológicos causados aos pais, pelo nascimento prematuro de um filho.

Limitações do estudo

O facto de se realizarem as entrevistas entre o 14º e o 35º dia de internamento, justifica que se encontrem atitudes parentais mais participativas, sendo esta uma capacidade que se desenvolve ao longo do tempo.

Por outro lado, é possível que alguns aspetos negativos identificados no cuidado à criança não fossem alvo de relato, pelo facto dos pais não se sentirem menos à vontade para o fazer, por

Discussão/Conclusão (cont.)	<p>a criança ainda se encontrar hospitalizada.</p> <p>As características clínicas dos RN podem limitar a generalização dos resultados, se considerarmos as famílias em que se assiste a um desenvolvimento infantil que se enquadra nos padrões esperados para o primeiro mês de vida. Por outro lado os pais de crianças com complicações potencialmente fatais, podem ter diferentes percepções.</p> <p>O estudo foi realizado numa região geográfica limitada, pelo que os seus resultados não podem ser extrapolados para outros contextos.</p> <p>Pesquisas futuras poderão abordar a experiência dos pais de RN prematuros em momentos diferentes, permitindo uma análise das percepções parentais ao longo do tempo.</p>
Nível de Evidência	VI – Evidence from a single descriptive or qualitative study

ANEXO XII – Ficha de leitura do artigo “Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran”

Título	Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran	
Autores	Fereshteh Aein, Fatemeh Alhani, Eesa Mohammadi & Anoshirvan Kazemnejad	
Metodologia	Estudo qualitativo	
Objetivos	Explorar as experiências de pais e enfermeiros acerca da participação parental nos cuidados à criança hospitalizada, diagnosticada com doença crónica.	
Participantes	14 pais e 11 enfermeiros.	
Intervenções	Instrumentos	Entrevistas temáticas, não estruturadas. Análise de conteúdo.
	Procedimento	Cenário 2 hospitais pediátricos centrais, em Tehran, no Irão. Horizonte Temporal De Julho de 2007 a Março de 2008.
	Seleção e Características da Amostra	14 pais de crianças internadas em dois hospitais pediátricos centrais em Tehran, no Irão e 11 enfermeiros que prestam cuidados nos mesmos hospitais. Os enfermeiros tinham idade compreendida entre 24 e 50 anos e tempo de exercício profissional entre 5 meses e 30 anos de serviço. Oito enfermeiros eram responsáveis pelo cuidado direto das crianças, dois eram responsáveis pela gestão do serviço e um deles coordenava uma equipa que prestava cuidados às crianças, mas não era prestador direto.
	Critérios de Inclusão e de Exclusão	Critérios de inclusão Pais de crianças internadas em dois hospitais pediátricos centrais em Tehran, com diagnóstico de doença crónica (diabetes, doença hematológica, fibrose quística, doença metabólica ou doença renal). Enfermeiros que prestam cuidados em dois hospitais pediátricos centrais em Tehran.

	<p>Critérios de Inclusão e de Exclusão (cont.)</p>	<p>Critérios de exclusão</p> <p>Pais que não cumprissem os critérios de inclusão e/ou que não aceitassem participar.</p> <p>Enfermeiros que não cumprissem os critérios de inclusão e/ou que não aceitassem participar.</p>
<p>Resultados</p>		<p>Da análise das entrevistas emergiram quatro grandes temas: necessidade da presença de um dos pais, delegação não planeada e informal de cuidados para os pais, inconsistência de cuidados e os pais como avaliadores informais de cuidados.</p> <p>A importância da presença dos pais junto da criança é reconhecida pelos pais e pelos enfermeiros, reduzindo a ansiedade da criança, aumentando a sua sensação de segurança e incrementando a sua colaboração nos cuidados.</p> <p>Em relação à delegação de cuidados, os pais consideram que a sua participação nos cuidados lhes permite continuar a assumir-se como cuidadores, ainda que só realizem cuidados básicos. Os enfermeiros consideram que a presença parental é uma oportunidade de tornar os pais mais capazes de cuidar da criança.</p> <p>Alguns pais consideraram que não existiu um apoio/ensino adequado por parte dos enfermeiros sempre que estes decidiram delegar cuidados aos pais, particularmente em relação aos cuidados mais técnicos. Os enfermeiros não identificaram essa lacuna, referindo que sempre que se delegava um procedimento de cariz mais técnico, eram fornecidos o apoio e informação necessários à sua execução.</p> <p>Os pais consideraram ainda que a observação indireta da prática dos enfermeiros, usando-os como modelo, é uma forma de se capacitarem para cuidar da criança. A maioria dos enfermeiros refere ter a consciência de que os pais aprendem com a observação da sua prática, e utilizam essa ferramenta como forma de transmitir conhecimento.</p> <p>Foi notório que os pais começam por dar apoio emocional e suporte à criança. O desejo dos pais em participar nos cuidados é algo que se vai desenrolando gradualmente. O seu envolvimento leva-os a prestarem inicialmente os cuidados básicos, mas com o desenrolar do internamento e fazendo face às expectativas dos enfermeiros, acabam por se envolver</p>

Resultados (cont.)

em tarefas mais técnicas, principalmente nos casos em que esses procedimentos se afiguram fundamentais nos cuidados no domicílio, após a alta clínica.

Alguns pais sentiram dificuldade em encontrar um equilíbrio entre a satisfação das suas próprias necessidades e o seu papel de cuidadores, especialmente por não existir uma negociação formal de papéis.

A delegação de cuidados, sem uma avaliação prévia da capacidade para o cuidado e das necessidades parentais, levou a alguma inconsistência nos cuidados prestados. Por outro lado, a informação insuficiente do tipo de envolvimento parental esperado pelos enfermeiros, levou a que alguns pais interferissem nos cuidados de enfermagem, prejudicando a sua qualidade.

A preocupação com o bem estar da criança, levou a que os pais se interessassem por observar os enfermeiros na sua prática, identificando eventuais falhas na sua prestação.

Os resultados mostram que a presença parental não implicou diretamente o envolvimento nos cuidados, a participação parental e os cuidados em parceria, tal como é preconizado pelo conceito de cuidado centrado na família.

Os pais estiveram presentes porque se preocupam com o bem estar da criança. A sua presença junto da criança encontra-se relacionada com aspetos culturais, e com o significado de ser pai na cultura iraniana. Por outro lado, demonstraram-se interessados em observar informalmente a prática dos enfermeiros, nos cuidados ao seu filho.

A prestação de cuidados básicos foi realizada de forma intencional, depreendo-se contudo que o motivo da presença dos pais se centrou essencialmente na intenção de prestar suporte emocional à criança.

Embora os enfermeiros tivessem expectativas concretas em relação ao envolvimento parental nos cuidados, nem sempre discutiram essa questão diretamente com estes. Essa falta de negociação levou a que os pais se sentissem negligenciados nas suas próprias necessidades, tendo a sensação de estarem expostos a muita pressão. O estudo indica que os enfermeiros nem sempre foram sensíveis às necessidades dos pais, pelo excesso de trabalho a que estavam sujeitos e pelas limitações de pessoal. A negociação entre os pais e os

Resultados (cont.)	<p>enfermeiros foi muitas vezes o elemento-chave para o sucesso das interações durante a hospitalização da criança.</p> <p>Os enfermeiros consideraram ainda que o apoio que deram foi mais consistente do que aquele que foi percebido pelos pais. Alguns conflitos interpessoais surgiram quando estes não aceitaram imediatamente as expectativas de envolvimento e participação criadas pelos enfermeiros.</p>
Discussão/Conclusão	<p>Considera-se que os cuidados devem ser projetados em torno das necessidades das crianças e das suas famílias, porque a natureza da doença crónica exige a capacitação parental para garantir com sucesso os cuidados no domicílio. Os enfermeiros poderiam aliviar a ansiedade dos pais , mantendo um contacto constante com estes e estando presentes quando prestam cuidados à criança.</p> <p>A falta de apoio e orientação adequada indica que os enfermeiros devem atuar em conformidade, de forma a suprir esta lacuna. Assim se pode contribuir também para eliminar o risco de inconsistência nos cuidados prestados.</p> <p>É necessário garantir que os enfermeiros têm tempo suficiente para apoiar a participação dos pais adequadamente, contudo esta questão mobiliza fatores financeiros.</p> <p>É ainda necessário que os enfermeiros façam uma avaliação precisa dos desejos dos pais para a participação nos cuidados, através de uma negociação que tem como objetivo capacitar para cuidar.</p> <p>Limitações do estudo</p> <p>Os resultados devem ser encarados a partir do contexto em que foram colhidos, uma vez que acompanhar a criança quando esta se encontra hospitalizada, é algo inerente à cultura iraniana. Este facto limita a extrapolação de resultados.</p>
Nível de Evidência	VI – Evidence from a single descriptive or qualitative study

ANEXO XIII - Artigos