



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

## **Estágio com Relatório Final**

# **Parentalidade Positiva em Crianças dos 0 aos 3 anos: a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica**

Ana Cristina Santos Valente

Viseu, março 2022





# **Estágio com Relatório Final**

## **Parentalidade Positiva em Crianças dos 0 aos 3 anos: a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica**

7º Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Ana Cristina Santos Valente

Trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório final sob a orientação da Professora Doutora Maria Isabel Bica Carvalho Costa

Viseu, março 2022



“Ser enfermeiro é colorir a vida de alguém sem usar lápis de cor”.

Vizleide Alves Vieira.



## **Agradecimentos**

A elaboração deste trabalho é sem dúvida um caminho repleto por inúmeros desafios, tristezas, incertezas, alegrias e muitos percalços, e não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas, indispensáveis para encontrar o melhor rumo em cada momento desta caminhada.

A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Isabel Bica, que acreditou em mim, agradeço a orientação exemplar pautada por um elevado e rigoroso nível científico, um interesse permanente e fecundo, uma visão crítica e oportuna que passo a passo contribuíram concluir as etapas subjacentes ao trabalho realizado.

A todos os enfermeiros tutores dos meus campos de estágio pelo carinho com que me acolheram nos seus serviços e por todos os ensinamentos prestados.

A minha amiga Andreia Plácido, que sempre me apoiou, pelos seus conselhos preciosos e pela total disponibilidade e encorajamento naqueles momentos cruciais fundamentais para tornar este trabalho numa experiência de aprendizagem única.

Aos meus sogros (D<sup>a</sup> Manuela, Sr. Cardoso) e à tia D<sup>a</sup>. Susana o meu sincero agradecimento pela disponibilidade e paciência que tiveram, por todos os dias que cuidaram carinhosamente dos meus filhos, só assim com a vossa ajuda foi possível concluir esta jornada

Ao meu marido Fernando Andrade, pelo amor, generosidade e apoio incondicional, agradeço a enorme compreensão, só com o teu companheirismo foi possível chegar ao fim deste percurso.

Aos meus filhos (Carolina e Ricardo), que pintam a minha vida de cor e alegria, que me dão força com os seus sorrisos e que estiveram sempre presentes nesta caminhada, foi a vossa luz que me guiou em todo este percurso.

Por fim, o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste trabalho, estimulando-me intelectual e emocionalmente.



## Resumo

**Introdução:** A prática especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria requer o desenvolvimento de competências comuns e específicas perante a criança e família para se poder dar resposta às suas necessidades. Nesse contexto, os estágios realizados foram exemplo de uma prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, baseados na melhor evidência disponível, o que serviu de mote para uma investigação sobre “Parentalidade Positiva em Crianças dos 0 aos 3 anos: a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica”.

**Objetivos:** Descrever as atividades realizadas no decorrer dos diversos contextos de estágio; refletir sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas ao Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica e analisar a autoperceção dos pais (pai/mãe) de crianças dos 0 aos 3 anos de idade sobre o exercício da parentalidade positiva.

**Métodos:** Descritivo e reflexivo sobre o percurso desenvolvido no âmbito da especialização que incluiu um estudo quantitativo, descritivo-correlacional com enfoque transversal, numa amostra selecionada por conveniência envolvendo 90 pais (pai/mãe) de crianças dos 0 aos 3 anos a frequentar a creche/jardim-de-infância da região centro do país. Como instrumento de recolha de dados optou-se por um questionário com a caracterização geral do pai/mãe (*ad hoc*), caracterização referente à criança e a Escala de Parentalidade Positiva validada para a população portuguesa (Lopes, 2012).

**Resultados:** Participantes (pai/mãe) com idades superiores a 35 anos (mãe 58,8% vs. pai 63,4%) de 56,7% crianças do género feminino e 43,3% do masculino, com 47,8% na faixa etária dos 12-24 meses. A autoperceção das dificuldades tem um valor médio mais elevado ( $M=109,32\pm 25,53$ ), sendo a autoperceção da confiança a que apresenta um valor médio ligeiramente mais baixo ( $M=104,99\pm 31,85$ ). O estado civil da mãe interfere na autoperceção da confiança no exercício da parentalidade positiva ( $p=0,025$ ); a situação profissional da mãe tem relevância estatisticamente significativa na autoperceção da necessidade de conhecimentos ( $p=0,008$ ); existem diferenças estatisticamente significativas na relação entre a situação profissional do pai e a autoperceção da confiança ( $p=0,006$ ).

**Conclusão:** Os resultados sugerem que a parentalidade positiva é essencial para o bem-estar infantil e o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deve promover intervenções/atividades para a capacitação dos pais, no âmbito das necessidades físicas da criança, saúde e segurança da criança, desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança, comunicação positiva com a criança e disciplina positiva.

**Palavras-chave:** Parentalidade Positiva; Criança, Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.



## Abstract

**Introduction:** The specialized practice in Child Health and Pediatric Nursing requires the development of common and specific skills towards children and families in order to meet their needs. In this context, the internships conducted were an example of high-quality health care provision based on the best available evidence, which served as the basis for an investigation on "Positive Parenting in Children aged 0 to 3 years: the intervention of the Nurse Specialist in Child Health and Paediatrics".

**Objectives:** To describe the activities carried out during the different internship contexts; reflect on the development of common and specific skills to the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health and analyze the self-perception of parents (father/mother) of children from 0 to 3 years old about the exercise of positive parenting.

**Methods:** Descriptive and reflective about the path developed within the scope of the specialization that included a quantitative, descriptive-correlational study with a cross-sectional approach, in a sample selected by convenience involving 90 parents (father/mother) of children aged 0 to 3 years attending day care /kindergarten in the central region of the country. As a data collection instrument, we opted for a questionnaire with the general characterization of the father/mother (ad hoc), characterization referring to the child and the Positive Parenting Scale validated for the Portuguese population (Lopes, 2012).

**Results:** Participants (father/mother) aged over 35 years (mother 58.8% vs. father 63.4%) of 56.7% female children and 43.3% male children, with 47.8% in the age group of 12-24 months. The self-perception of difficulties has a higher mean value ( $M=109.32\pm 25.53$ ), with the self-perception of confidence having a slightly lower mean value ( $M=104.99\pm 31.85$ ). The mother's marital status interferes with the self-perception of confidence in the exercise of positive parenting ( $p=0.025$ ); the mother's professional situation has a statistically significant relevance in the self-perception of the need for knowledge ( $p=0.008$ ); there are statistically significant differences in the relationship between the father's professional situation and self-perception of trust ( $p=0.006$ ).

**Conclusion:** The results suggest that positive parenting is essential for children's well-being and the Nurse Specialist in Child Health and Paediatrics should promote interventions/activities for the empowerment of parents in the areas of the child's physical needs, child health and safety, child development, behaviour and stimulation, positive communication with the child, and positive discipline.

**Keywords:** Positive Parenting; Child; Child Health and Pediatric Nurse Specialist.



## Sumário

Introdução.....	19
PARTE I – Percurso formativo em estágio .....	23
1. Percurso formativo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista .....	25
1.1. Estágio de Pediatria.....	31
1.2. Estágio de Neonatologia.....	41
1.3. Estágio de Saúde Infantil e Familiar.....	48
PARTE II - Enquadramento teórico .....	55
2. Promoção da parentalidade positiva.....	57
2.1. Referencial teórico de enfermagem: Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	60
PARTE III - Estudo Empírico .....	65
3. Metodologia.....	67
3.1. Amostra.....	68
3.1.1. Caracterização sociodemográfica dos pais .....	69
3.2. Instrumento de recolha de dados .....	70
3.3. Procedimentos éticos e de recolha de dados .....	70
3.4. Análise de dados .....	71
3.5. Resultados.....	72
3.5.1. Análise descritiva.....	72
3.5.2. Estatística inferencial .....	79
3.6. Discussão dos resultados.....	84
Conclusão.....	89
Implicações para a prática.....	91
Referências bibliográficas .....	93
Anexos.....	101

Apêndice I - Procedimento de integração de elementos de enfermagem no serviço de Pediatria

Apêndice II – Etiquetas medicação organizada, segundo a Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 020/2014 LASA

Apêndice III -Panfleto “Sou pai e agora?” serviço de Neonatologia

Apêndice IV – Panfleto Parentalidade Positiva

Apêndice V -Seção de Educação para a Saúde USF

Anexo I – Instrumento de recolha de dados

Anexo II – Autorização da autora da escala

Anexo III - Autorização da Comissão Ética do IPV

Anexo IV-Autorização para a recolha de informação do estudo

## Lista de Figuras

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica.....	68
---	----



## Lista de Tabelas

Tabela 1: Estatísticas relativas à idade dos pais (pai/mãe) .....	69
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos pais .....	70
Tabela 3: Estatísticas relativas à idade da criança em meses.....	72
Tabela 4: Caracterização sociodemográfica das crianças em função do género .....	73
Tabela 5: Características das crianças em função do género .....	75
Tabela 6: Apoios para cuidar das crianças .....	76
Tabela 7: Exercício da parentalidade positiva .....	77
Tabela 8: Idade da criança em que as dificuldades no exercício da parentalidade foram mais sentida.....	78
Tabela 9: Relação entre a parentalidade positiva e a idade da mãe .....	77
Tabela 10: Relação entre a parentalidade positiva e a idade do pai .....	80
Tabela 11: Relação entre a parentalidade positiva o estado civil da mãe .....	80
Tabela 12: Relação entre a parentalidade positiva o estado civil do pai .....	80
Tabela 13: Relação entre a parentalidade positiva as habilitações literárias da mãe .....	81
Tabela 14: Relação entre a parentalidade positiva as habilitações literárias do pai .....	81
Tabela 15: Relação entre a parentalidade positiva a profissão da mãe .....	82
Tabela 16: Relação entre a parentalidade positiva a profissão do pai .....	82
Tabela 17: Relação entre a parentalidade positiva a zona de residência da mãe .....	82
Tabela 18: Relação entre a parentalidade positiva a zona de residência do pai .....	83
Tabela 19: Relação entre a parentalidade positiva e o grau de parentesco com a criança .....	83
Tabela 20: Relação entre a parentalidade positiva o género da criança .....	84
Tabela 21: Relação entre a parentalidade positiva a idade da criança .....	84



## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

CVC-Centro de Vacinação Covid

DGS-Direção Geral da Saúde

EEESIP-Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil Pediátrica

ESSV- Escola Superior de Saúde de Viseu

LASA-look-Alike, Sound-Alike

OE- Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

OMS- Organização Mundial de Saúde

USF- Unidade de Saúde Familiar

SJI-Saúde Infantil e Juvenil



## Introdução

O presente documento diz respeito à Unidade Curricular, Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia, integrado no 7º Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ministrado na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), com a duração global de 750 horas e decorreu de 11 de janeiro a 16 de julho de 2021.

Como preconizado pela Ordem dos enfermeiros (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, p. 19192),

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

Mas para que se possa cumprir este desígnio, a prática de enfermagem impõe a conjugação da teoria e da prática para se alcançar competências afetivas na área de especialização. Por tal, ganha toda a relevância a realização dos estágios, que surgem com o propósito de complementar a formação teórica, representando uma etapa de aplicação dos conhecimentos aprendidos na prática que podem promover a reflexão crítica e o aperfeiçoamento de habilidades em situações reais, levando ao desenvolvimento de um agir mais consciente, crítico e criativo (Guedes et al., 2009).

As aprendizagens são inesgotáveis existindo sempre oportunidade de melhorar, evoluir e experienciar novas situações, percorrem-se etapas com compromisso profissional, para que quando se chegue ao final de mais uma etapa, se esteja mais próximo de alcançar o patamar de enfermeiro perito que, segundo Benner (2001), é aquele que já possui muito mais experiência, compreensão intuitiva de situações clínicas e cujo desempenho é fluído, flexível e altamente proficiente.

A experiência em enfermagem na prática clínica é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade, no caso concreto à criança e família/pessoa significativa. Assim, o enfermeiro especialista/perito é aquele que dá importância ao pequeno pormenor, que “já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado” (Benner, 2001, p. 58). Para a autora, ser um enfermeiro perito condiz com a capacidade de dar uma resposta adequada à situação e que a solução seja a mais correta, o que se deve à compreensão global da situação, da

valorização holística e qualitativa, que passa por três características: esquemas de reconhecimento; sentido de proeminência e consciência situacional. Por outras palavras, o enfermeiro perito não se apoia em princípios analíticos, tem uma percepção da situação como um todo, numa visão holística, o que se deve às situações reais experienciadas, permitindo-lhe centrar-se diretamente no problema, conseguindo, assim, prever problemas e antecipar ações com grande assertividade. Estes são os pressupostos que devem reger a caminhada do enfermeiro que pretende atingir o patamar de enfermeiro especialista/perito.

Este relatório tem como objetivo descrever as atividades realizadas no decorrer dos diversos contextos de estágio; refletir sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e analisar o exercício da parentalidade positiva em pais e mães de crianças dos 0 aos 3 anos.

A identificação dos mecanismos através dos quais os pais exercem uma parentalidade saudável é a chave para o desenvolvimento eficaz de intervenções. A parentalidade é influenciada por múltiplos determinantes, incluindo os recursos pessoais dos pais, as características da criança e fontes sociais de *stress* e suporte. A interação entre estes fatores condiciona as competências parentais que têm sido definidas como os sentimentos e habilidades que os pais possuem para criarem os seus filhos. Dependendo do desenvolvimento destas competências, os pais estarão ou não aptos para promover estilos de vida saudáveis nos seus filhos, sendo que existem evidências que sugerem a necessidade de ajudar os pais no desenvolvimento dessas competências, inseridas no quadro de uma parentalidade positiva (Ruiz-Zaldibar et al., 2018). Face ao exposto e reconhecendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) como um profissional capacitado para atender às necessidades holísticas dos pais e das crianças, faz sentido pesquisar sobre a sua intervenção na promoção da parentalidade positiva em crianças dos 0 aos 3 anos.

Assim sendo, e tendo a consciência desta oportunidade, assumiu-se como desafio aprofundar este tema, norteando por todo o percurso formativo, no qual sempre se procurou estabelecer uma relação de parceria com as famílias, com as quais se teve a oportunidade de partilhar vivências. Tendo em conta que a Enfermagem é uma profissão única na qual a experiência do enfermeiro é o atributo mais significativo do crescimento profissional e do desenvolvimento do conhecimento, como defende Benner (2001).

O presente documento encontra-se estruturado em três partes, na primeira parte apresenta-se o percurso formativo em estágio onde consta a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas em cada estágio, segundo as várias competências comuns de enfermeiro especialista e as competências específicas do EEESIP, seguindo-se a

fundamentação teórica e estudo empírico com descrição do estudo a desenvolver, com todos os processos que lhe estão inerentes, ou seja, as considerações metodológicas, onde se pretende descrever a metodologia utilizada, os meios e etapas da investigação realizada, como os objetivos, a questão de investigação, a seleção da amostra, apresentação dos instrumentos de colheita de dados, os procedimentos efetuados, método de análise dos dados e respetivo tratamento estatístico que irá permitir tirar conclusões sobre a problemática em estudo. Segue-se a análise e discussão dos resultados, finalizando com uma conclusão, onde se reflete sobre a sua contribuição para a futura prática profissional.



**PARTE I – Percurso formativo em estágio**



## 1. Percurso formativo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista

Existem inúmeras definições disponíveis para o termo “competência”, embora se adote a definição do *Royal College of Nursing* (2002), segundo o qual competência refere-se às habilidades, conhecimentos, experiências, atributos e comportamentos exigidos por um indivíduo para realizar o trabalho com eficiência.

Neste âmbito, Benner (1984) afirma que as experiências clínicas são significativamente variadas e com um maior grau de complexidade do que as explicações teóricas e a experiência desenvolve-se quando se testa e refina proposições, hipóteses e expectativas baseadas em princípios de situações práticas reais. A experiência é, portanto, um requisito para a perícia. A prática clínica, para a autora, compreende a noção de excelência, pois através do estudo da prática, os enfermeiros podem descobrir novos conhecimentos. Como tal, defende que a enfermagem tem de desenvolver a base do conhecimento da sua prática (*know-how*) e, por meio da investigação e observação científicas, tem de começar a registar e desenvolver o *know-how* da perícia clínica. “Idealmente, a teoria e a prática formam um diálogo que gera novas possibilidades. A teoria deriva da prática e a prática é alterada ou alargada pela teoria” (Brykczynski, 2014, p. 125).

As competências comuns ao enfermeiro especialista integram 4 domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Tendo por base estes pressupostos, passa-se a descrever o percurso formativo de aquisição de competências comuns ao Enfermeiro Especialista. Para atingir estas competências foram delineados objetivos de estágio gerais e transversais aos diferentes campos de estágio:

- Desenvolver uma prática profissional baseada nos princípios éticos e legais presentes no código deontológico da profissão garantindo que os cuidados de enfermagem respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
- Integrar a equipa multidisciplinar do serviço, sob a tutoria de enfermeira, desenvolvendo espírito de equipa, competência, relação comunicacional e profissional assertiva.
- Colaborar em programas que visam a melhoria contínua da qualidade.
- Gerir eficazmente os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados à criança/jovem e sua família.
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade prestando cuidados de enfermagem baseados na evidência científica.

### **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Em conformidade com o Regulamento n.º 140/2019, (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745), no âmbito deste domínio configuram-se duas competências: “A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

Assumiu-se, nos diferentes campos de estágio, uma atitude zelosa e ética, de empenho no desenvolvimento pessoal e profissional e de envolvimento no trabalho com a equipa multiprofissional, contribuindo para a visibilidade dos serviços com organização inteligente e inovadora. Nesse sentido, na prestação de cuidados, procurou-se estabelecer uma relação de ajuda, demonstrando respeito, empatia e disponibilidade, prestando cuidados culturalmente congruentes à criança, jovem e família, respeitando as suas crenças abstendo-se de juízos de valor. Esta atuação pautou-se pelo uso de uma linguagem assertiva, procurando transmitir calma e segurança, explicando sempre os procedimentos que iam ser realizados, efetuando-se ensinamentos/treinamentos oportunos.

Desta forma, promoveu-se uma prática de cuidados de forma a garantir a segurança, a privacidade e a dignidade da criança, jovem e família, sempre com uma avaliação da confidencialidade e da segurança da informação à qual se tinha acesso durante a prática. A prática foi conduzida pela reflexão de forma crítica no momento, ou quando oportuno, com a enfermeira Tutora e/ou com a equipa de enfermagem acerca do processo de tomada de decisão ética em situações pertinentes.

Ao Enfermeiro Especialista deve ser reconhecida a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área. Benner (2001) defende que o Enfermeiro Especialista tem de estar capacitado de forma eficaz para tomar decisões, comunicar adequadamente, ser flexível, responsável e criativo, possuir espírito crítico, iniciativa e possuir uma conduta ética e deontológica. Deste modo, ao longo deste estágio procurou-se mobilizar todo o conhecimento alcançado previamente, partindo para uma prática sobretudo reflexiva, uma capacidade que é legitimada ao Enfermeiro Especialista. Perfilhou-se comportamentos de responsabilidade profissional, demonstrando interesse, disponibilidade, segurança e empenho no exercício da prática de cuidados e tomadas de decisão, tendo sempre a preocupação de refletir e avaliar todo o processo e os resultados das tomadas de decisão.

Durante os estágios, as tomadas de decisão no decorrer da prática clínica tiveram sempre em consideração o respeito pelos direitos humanos. Foram analisadas e interpretadas situações específicas de cuidados especializados, para as quais foram elaboradas

intervenções baseadas na responsabilidade, cumprindo os princípios básicos da ética, nomeadamente o princípio da autonomia, o princípio da justiça e o princípio da beneficência e não maleficência. O processo de tomada de decisão deve ser efetuado em todo o exercício profissional, independentemente do contexto, todas as crianças/jovens e sua família devem ser vistos como únicos e dinâmicos, devendo também ser encarados como um todo. Durante os estágios foi executado em todas as práticas de cuidados elementos do enquadramento jurídico, promovendo entre a equipa a realização do exercício profissional de acordo com o Código Deontológico.

O desenvolvimento das atividades em todos os estágios ocorreu em colaboração com a equipa multidisciplinar de forma progressiva. A integração na equipa multidisciplinar pautou-se pelo progressivo estabelecimento de uma relação de empatia e de reciprocidade com os diferentes elementos, contribuindo para que os cuidados de enfermagem fossem prestados gradualmente de uma forma mais autónoma, permitindo o esclarecimento de dúvidas e a solicitação da opinião/reflexão com as Enfermeiras Tutoras ou de outros enfermeiros exercitando o pensamento crítico.

### **Domínio da melhoria contínua da qualidade**

O Regulamento n.º 140/2019 (Portugal, Regulamento n.º 140/2019), preconiza, no âmbito deste domínio, três competências: “B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; “B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”; “B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro”.

Para um melhor conhecimento dos serviços onde se estagiou, consultaram-se os seus guias orientadores, bem como as normas e protocolos aí instituídos. Nestes encontram-se descritos de forma sistematizada as normas, rotinas, procedimentos e informação necessária para a prestação de cuidados de enfermagem, o que permite a uniformização e rigor dos cuidados prestados às crianças/adolescentes e família.

Atuou-se sempre tendo em conta a criação e manutenção de um ambiente seguro e terapêutico para a crianças/adolescentes e família, respeitando as suas necessidades e gerindo o risco; definindo metas/medidas para a melhoria da qualidade dos cuidados; garantia da segurança na administração de terapêutica; garantia da confidencialidade dos dados e registos do doente; observação e participação nas atividades de gestão dos recursos humanos e materiais, de forma a contribuir para uma maior rentabilização dos mesmos na área da prestação de cuidados; identificação das necessidades de material no serviço e da sua adequada reposição.

Tendo por base o referido, e tendo em conta a melhoria contínua da qualidade foram realizadas etiquetas para a organização e armazenamento de medicação. Segundo a Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 020/2014 LASA, no estágio de neonatologia (Apêndice II) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2014) e a realização de um protocolo de Integração de Enfermeiros no Serviço de Pediatria (Apêndice I) realizado durante o estágio de Pediatria.

### **Competências do domínio da gestão dos cuidados**

Segundo o artigo 7º do Regulamento n.º 140/2019 (Portugal, Regulamento n.º 140/2019), que regula as competências na área da gestão dos cuidados, refere que “o enfermeiro especialista deve realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (p.4745). É previsto que o enfermeiro especialista faça uma gestão adequada dos cuidados, para otimizar a resposta da equipa de enfermagem em plena articulação com a equipa multiprofissional, como forma de garantir a segurança e a qualidade das tarefas confiadas. Muitas vezes com limitação de recursos quer a nível material, físico ou humano, têm de desenvolver um trabalho de gestão de todos os problemas observados ao longo do turno.

O enfermeiro gestor deve procurar desenvolver competências na área da gestão. Esta capacitação é valorizada por se entender que representa uma melhoria do seu desempenho na resposta aos desafios crescentes, impostos pela crescente complexidade dos cuidados prestados. De acordo com a OE “o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional”, sendo o enfermeiro gestor caracterizado como tendo um “conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área”, sendo igualmente o responsável primeiro pela “defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros” (Portugal, Regulamento n.º 76/2018, p. 3478)

Atualmente num contexto de pandemia Covid-19, a gestão de recursos materiais e sobretudo humanos é ainda mais difícil de gerir. Nos diferentes contextos de estágio houve a necessidade de realizar testes para despiste da doença Covid-19 às crianças e acompanhantes que vieram para realizar procedimentos cirúrgicos/médicos, houve também a necessidade criar circuitos para espaços covid e suspeitos /espaços não covid por fim em

alguns casos houve a necessidade de criar medidas de isolamento, para conter o contágio da COVID 19.

Desta forma, todas estas condicionantes acabam por interferir no funcionamento dos serviços e é aqui que se notou o esforço da equipa de enfermagem, nesta gestão, colaboração e espírito de equipa por forma a colmatar estas adversidades que acabam por condicionar o seu funcionamento e se ele opera bem deve-se a esse esforço da equipa em prol do bom funcionamento e da boa prestação de cuidados.

### **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Nos estágios procurou-se desenvolver as competências recomendadas no âmbito do domínio das aprendizagens profissionais, tendo como linha orientadora o preconizado pelo Regulamento n.º 122/2011 (Portugal, Regulamento n.º 122/2011, p. 8649), segundo o qual o enfermeiro especialista “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.” Aprender é inerente ao ser humano. A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem é primordial para a prestação de cuidados de qualidade ao cliente, possibilitando uma maior compreensão da dimensão da pessoa, num ambiente seguro. Só deste modo é possível responder de uma forma organizada, eficaz e eficiente às necessidades das crianças/adolescentes e família.

De acordo com Benner (2001), o enfermeiro especialista ao desenvolver as suas competências com empenho e qualidade, torna-se um mestre, um perito não só no que se refere às competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas como também nas competências específicas no âmbito do processo de especialização. À medida que o enfermeiro adquire experiência, a sua orientação intelectual sofre alterações, proporcionando uma integração e seleção de conhecimentos reajustando-o no processo de tomada de decisão.

O ensino e a aprendizagem representam um conjunto de atividades articuladas, com momentos de responsabilidade e compromisso e o ensino clínico surge com o propósito de integrar a teoria e a prática, promovendo, também a capacidade de reflexão sobre problemas reais, potenciando as habilidades e a capacidade de identificar problemas e de reflexão sobre a conceção de soluções criativas e originais.

Tendo em conta a importância do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi realizado uma sessão de educação para a saúde (Apêndice 5) sobre a parentalidade positiva descrita no percurso formativo do estágio no estágio de Saúde Infantil e Familiar.

### **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

O conjunto do perfil de competências comuns com o perfil de competências do enfermeiro especialista incorpora um “(...) conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar”. Assim, no que concerne às competências específicas do EEESIP este “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (...) cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (...) e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem “.O EEESIP, conforme o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Portugal, Regulamento n.º 351/2015),

presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/ jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível.

Desta forma, ao longo de todo o percurso de estágio procurou-se adquirir as competências necessárias em direção a um patamar de EEESIP e, para tal, teve-se em conta as competências apresentadas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Portugal, Regulamento n.º 422/2018), o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Portugal, Regulamento n.º 350/2015), e o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2013)

Assim, as competências adquiridas ao longo dos estágios para a obtenção da qualificação de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foram:

- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde
- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

A vivência do percurso de estágios em contexto de pandemia por Covid-19 requereu um esforço acrescido de adaptação e resiliência, todavia, não foi impeditivo para a concretização com sucesso dos objetivos propostos e das atividades planeadas: Para a aquisição de competências na área de Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica., tendo por base estes pressupostos passa-se a descrever o percurso formativo nos três campos de estágio.

### **1.1. Estágio de Pediatria**

O estágio decorreu no internamento de Pediatria num Centro Hospitalar da região centro do País, entre de 7 junho a 16 de julho de 2021. O referido serviço tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde a crianças/adolescentes com idades compreendidas entre 28 dias de vida e os 17 anos e 364 dias. Excecionalmente pode receber jovens com mais de 17 anos, o que acontece, por exemplo, no caso de situações de doença crónica, deficiência física ou mental.

No internamento de Pediatria são admitidas crianças e jovens com patologia médica, cirúrgica (Cirurgia Pediátrica, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia) e Pedopsiquiatria.

A carta da criança hospitalizada no 6º princípio consigna que «as crianças não devem ser admitidas em serviço de adultos, devem ficar reunidas por grupos etários», o serviço está subdividido em setor I (Primeira Infância) e segundo setor II (Adolescência) e o espaço de Hospital de Dia.

Hospital de Dia é um espaço específico onde se prestam cuidados de saúde de forma programada e em ambulatório nomeadamente, dá apoio a várias especialidades, como Imunoalergologia para realização de provas terapêuticas, Cirurgia Pediátrica, ORL, Oftalmologia, realização de Ressonâncias magnéticas, administração de medicação ou realização de análises.

Tem sido progressivamente reconhecido as vantagens do Hospital de Dia numa população com necessidades particulares, como é o caso da idade pediátrica. O primeiro dos dez princípios da Carta da Criança Hospitalizada afirma «A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou Hospital de Dia».

O Hospital de Dia assume um papel primordial, atualmente no que concerne aos cuidados aos cuidados pediátricos é aconselhado a redução dos tempos de internamento, de

forma a minimizar o impacto negativo da hospitalização nas crianças e o afastamento do seu ambiente socio familiar.

A filosofia presente no serviço de pediatria, está de acordo com a Carta da Criança Hospitalizada, servindo de orientação para um serviço cada vez mais humanizado.

A situação Covid-19 obrigou o serviço a um novo ajustamento e embora a pediatria não tenha internamento de casos de Covid-19 positivos, as crianças/jovem e os seus acompanhantes têm que efetuar teste e aguardar pelo seu resultado antes do internamento.

Para o funcionamento regular do serviço, existe um conjunto de recursos humanos que engloba diferentes setores profissionais, constituindo, assim, uma equipa multidisciplinar, formada pela Equipa de enfermagem (constituídos por enfermeiro chefe, enfermeiros EESIP, Enfermeiros Especialistas em Reabilitação e Médico/Cirúrgica e Enfermeiros de cuidados gerais). Pela equipa Médica (Médica/Cirúrgica), Assistentes operacionais, Educadora de Infância e Professora do Ensino Básico, Secretárias de Unidade e Outros técnicos nutricionista, assistente social, psicóloga, entre outros. A articulação entre os diferentes grupos profissionais efetua-se dentro das elementares regras de respeito pela área de competência de cada um, assim como é privilegiado um clima que proporcione o bom ambiente de trabalho.

Na Consulta Externa de Pediatria são prestados cuidados de saúde diferenciados em regime de ambulatório a crianças com idade inferior a 18 anos, sendo constituído por múltiplas valências como Pediatria Geral, Cirurgia Pediátrica, Ortopedia Pediátrica, a consulta de Diabetes, Pneumologia/Alergologia, Neonatologia, Cardiologia Pediátrica-Telemedicina, neurologia Pediátrica, Hematologia Pediátrica, Psicologia, Pedopsiquiatria, Gastroenterologia Pediátrica, dilatações Pielo-Calicial, Oftalmologia Pediátrica, Otorrino /Risco Auditivo, Consulta da Adolescência, Nutrição e Desenvolvimento.

### **Objetivos específicos delineados para o estágio de Pediatria:**

- Prestar cuidados e enfermagem proficientes na prevenção e no controlo da dor na criança/jovem.
- Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem e família tendo por base a parceria de cuidados nos processos de saúde e de doença.
- Adquirir competências técnico-científicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança /jovem de risco e sua família.
- Assistir o adolescente na maximização da sua saúde.

### **Reflexão crítica**

Pretende-se demonstrar, por meio da reflexão crítica, descrever as atividades desenvolvidas que permitiram alcançar os objetivos delineados para o estágio e concomitantemente o desenvolvimento das competências na área de Saúde Infantil e Pediátrica. É fundamental olhar para o caminho percorrido e refletir sobre as decisões tomadas, avaliá-las e ponderar se contribuíram para alcançar os objetivos inicialmente traçados. Desta forma, é assaz importante refletir sobre a prática diária, o que possibilita o crescimento pessoal e profissional. De forma a progredir e poder acompanhar a evolução, é necessário formação contínua e a procura constante da melhor evidência científica oferecida pela investigação.

Atualmente um dos desafios mais importantes que se coloca aos profissionais de saúde é o desafio da qualidade, desta forma prestar cuidados de saúde com qualidade é dever do enfermeiro e um direito que assiste àqueles que cuidamos.

É protocolado no internamento de Pediatria, após a alta de uma intervenção cirúrgica realizar-se contatos telefónicos nas primeiras 24 horas às crianças e seus familiares, onde é preenchido um questionário que contém perguntas sobre o estado clínico atual da criança e complicações pós cirúrgicas. Este questionário pós cirúrgico permite não só reforçar os ensinamentos, bem como detetar possíveis complicações.

Neste âmbito reforça-se a importância dos ensinamentos prestados à criança e aos Pais, o que implicou falar pausadamente fornecendo informações que fossem significativas, para que houvesse uma boa transição do binómio doença/saúde, de modo a que a criança/Pais compreendessem os benefícios da adesão aos cuidados.

Em suma, tendo em conta a temática do estudo deste relatório «*Parentalidade Positiva em Crianças dos 0 aos 3 anos: a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica*» o apoio aos pais e o ensino de competências parentais foram efetuados com realização destes telefonemas, que tiveram como foco o empoderamento dos pais o que permitiu garantir os cuidados de qualidade às crianças recém operadas.

A formação permanente e a atualização contínua dos conhecimentos configuram-se num dever dos enfermeiros, bem como a análise regular do trabalho efetuado e o reconhecimento de eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Portugal, Lei n.º 156/2015).

Estes deveres foram a linha orientadora para a realização de um protocolo de Integração de Enfermeiros no Serviço de Pediatria (Apêndice I). Este protocolo permite

uniformizar a atuação da equipa de enfermagem, na recepção de novos enfermeiros no Serviço de Pediatria e permite ao enfermeiro que chega de novo ter uma linha orientadora no seu processo de integração.

Os enfermeiros constituem o grupo profissional com maior peso em termos de recursos humanos de uma instituição hospitalar, pelo que a rotatividade destes profissionais dentro da instituição é uma realidade que aliada à contratação de novos enfermeiros pode representar um problema no que se refere à qualidade dos cuidados. Sendo assim, depara-se com uma crescente complexidade nas integrações dos enfermeiros nos seus locais de trabalho, representando, como refere Macedo (2012, p. 1), “um problema e desafio para as organizações e instituições de saúde, sentindo-se cada vez mais a necessidade de existirem protocolos e/ou programas de integração de profissionais de enfermagem”. Assim, um dos instrumentos adequados para tal são os Protocolos de Integração, que se assumem como “instrumentos de comunicação que contêm uma coletânea de informações/atividades a realizar, facilitadoras do processo de integração” (Araújo, 2015, p. 25), com os respetivos procedimentos e objetivos delineados, pois, apesar de os enfermeiros possuírem qualificações, têm a necessidade de entender os procedimentos e políticas do Serviço, por forma a estarem melhor preparados para que possam cumprir as funções que irão desempenhar. A forma como o novo enfermeiro é recebido no momento da sua admissão é sempre um momento importante. Pelo que lhe deverá ser fornecido um conjunto de informações sobre a estrutura física, funcional e organizacional do Serviço, bem como a missão, visão e objetivos. Este irá conhecer a sua chefia direta, as instalações, a orgânica do Serviço, o espaço físico e o método de trabalho, para que se sinta parte integrante da equipa (Macedo, 2012).

De acordo com Silva (2013, p. 20), as vantagens que advêm da implementação de um processo de integração bem planeado são: para o Serviço:

diminuição do tempo de integração que proporciona um aumento de eficiência do trabalho; redução dos custos face ao aumento da qualidade dos cuidados; melhoria da satisfação profissional dos enfermeiros e, como consequência, as suas relações profissionais e desenvolve um senso de responsabilidade para a organização devido à sua competência e informação”; “para o enfermeiro: diminuição do stresse, tensão, frustração e conflito; estimulação à autoconfiança e ao autodesenvolvimento; aumenta a satisfação no trabalho executado e satisfação das necessidades pessoais (p. 20).

Deste modo, é de grande relevância, como menciona Macedo (2012, p.27), que

...exista um programa bem definido, mesmo que possa vir a ser adaptado a cada situação específica, como as necessidades do novo elemento e/ou serviço por forma,

habilitar o enfermeiro de competências que lhe permitam desenvolver um processo de enfermagem personalizado, com cuidados de enfermagem de qualidade,

Nesta dinâmica, tanto o novo elemento como a instituição são parte ativa têm os dois benefícios quando a integração é bem realizada. Da parte do novo elemento existe um sentido de responsabilidade e de cultura organizacional que lhe permite uma melhor adaptação e uma redução de ansiedade que o processo possa envolver, permitindo que o funcionário se sinta parte integrante da instituição, facilitando a motivação e a satisfação pessoal, conduzindo a um melhor desempenho profissional. Permite também ao novo elemento de enfermagem desde início, o conhecimento sobre o que se espera dele e quais as suas capacidades no caminho de consecução dos objetivos traçados pela instituição.

Com a realização deste protocolo e após uma reflexão, pode -se dizer que, para o enfermeiro ser proactivo, é indispensável apresentar um nível de conhecimento elevado sobre si próprio, mas para o enfermeiro especialista atingir um nível de pro-atividade elevada, deve não só apresentar conhecimentos sobre si próprio, como também sobre teorias, conceitos e fundamentos inerentes à sua área de especialidade. Para com tal ser um enfermeiro apto e disposto a não fazer apenas o que lhe é proposto, mas fazer muito mais do que lhe é pedido, ou seja, preparar as suas obrigações mesmo antes que alguém lhe oriente a fazê-las.

Os pais ao verem os seus filhos com dor, com desconforto ou mesmo com medo experienciam sentimentos de stresse e angústia, pelo que os profissionais de saúde nomeadamente o EESIP assume um papel fundamental nas capacitações parentais, desta forma os pais devem considerados como capazes de ajudar os seus filhos a integrar a experiência da dor, podendo através do seu apoio e motivação à criança minimizar o sofrimento.

O controlo da dor consiste num “direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde (...) O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008, p.9). Tendo em conta a sua natureza subjetiva, a dor deve ser avaliada pela interferência que a sua intensidade acarreta ao utente e tem de ser monitorizada com recurso a escalas de avaliação (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2003). Segundo o mesmo organismo, a sua completa avaliação inclui também a sua evolução, localização e irradiação, tipo de dor, formas habituais de a comunicar e exteriorizar, fatores de alívio e agravamento, de a contornar, conhecimento sobre o tratamento e o uso de analgésicos, bem como o seu efeito e as repercussões em termos emocional, espiritual e sintomas associados. Grande parte das situações de cuidados de saúde têm dor associada, sendo da competência dos profissionais de saúde desenvolver uma abordagem eficaz (Portugal, MS, DGS, 2003). Neste

sentido, temos o dever de avaliar a dor, identificar e planear intervenções ajustadas ao seu controlo, intervindo ao nível da sua gestão (OE, 2008).

A dor é uma realidade complexa e multidimensional, que afeta de forma global a qualidade de vida das crianças, no decorrer do estágio tornou-se imperativo fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. Neste âmbito, recorreu-se a várias escalas, como por exemplo, FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), FPS-R (Faces Pain Scale – Revised), Escala de faces de Wong-Baker., EVA (Escala Visual Analógica) e EN (Escala Numérica).

Sendo a dor um sintoma e um sinal comum e angustiante para a criança/jovem, se esta não for controlada, poderá coloca-la em risco de vivenciar consequências fisiológicas e psicológicas adversas. Assim, procurou-se controlar a dor, assumindo-se como prioritário, dado que esta influencia a estabilidade clínica da criança/jovem. Não obstante, a dor, como preconizado pela Direcção-Geral da Saúde (Portugal, MS, DGS, 2003), é o 5.º sinal vital, o que implica monitorização e vigilância sistemáticas, espelhando uma norma de boa prática quando a sua presença e a sua intensidade são sistematicamente consideradas, diagnosticadas, avaliadas e registadas (Portugal, MS, DGS, 2003; OE, 2008).

Por conseguinte, foi avaliado e registado sempre a dor, bem como as mudanças comportamentais, agitação ou alteração dos sinais vitais. Tendo sempre em consideração que a subjetividade intrínseca à dor, mesmo realizada sob a forma de heteroavaliação, não nos permite subestimá-la ou subvalorizá-la.

O Serviço de Pediatria recebe crianças e jovens com diversas patologias, no entanto o Hospital onde ocorreu o estágio não tem Cuidados Intensivos Pediátricos. Foi possível colaborar com a equipa multidisciplinar agilizar o processo de estabilização do doente crítico o mais rapidamente possível para que fossem criadas condições de transporte para outro Hospital onde exista, cuidados intensivos pediátricos. Constatou-se que neste processo, que o tempo é fundamental, por esse motivo toda a equipa tem de estar sincronizada para que tudo seja o mais célere possível e possibilite uma continuidade de cuidados na Instituição que recebe o doente.

O EEESIP deve ter a capacidade de dotar os pais/família de um conjunto de competências parentais, de maneira a que estes possam gerir de uma forma mais eficaz os cuidados aos seus filhos, ganhando assim mais autonomia, tornando-se mais fácil a tomada de decisões.

Ao longo do estágio verificou-se que o Serviço de Pediatria dá primazia à parceria de cuidados. Para que a criança/jovem atinja todo o seu potencial, um estado ótimo de bem-estar físico e mental tem de haver uma parceria dos cuidados. Para uma eficácia plena dos

cuidados prestados no âmbito pediátrico, estes devem ser centrados num relacionamento onde haja uma partilha de crenças e valores, um respeito pela vida e pela dignidade humana entre criança/jovem, família e enfermeiro. Por conseguinte, no internamento de Pediatria segue-se o modelo da Parceria de Cuidados, dando-se muita importância ao estabelecimento de uma parceria afetiva entre pais e enfermeiros, com vista à máxima qualidade e humanização nos cuidados prestados à criança/jovem. Este é modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey, sustentado por valores e crenças que tornam os pais como os melhores prestadores de cuidados à criança/jovem, no respeito e na valorização da sua experiência e contributo, o que também se assumiu como um fio condutor deste meu percurso. A autora afirma ser fundamental centrar os cuidados de enfermagem pediátrica não só na criança, como também na sua família, e defende que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, sendo respeitado o seu conhecimento e experiência inigualáveis no cuidado aos filhos e valorizado o seu contributo na prestação de cuidados à criança (Casey, 1993, cit. por Mano, 2002).

Efetivamente cuidar em pediatria exige que o foco de atenção dos enfermeiros seja não só a criança, doente ou saudável, mas também a sua família. O percurso de estágio teve por base a máxima do cuidado centrado no binómio criança/família, encarando a família da criança como alvo dos cuidados. Para tal, tendo plena consciência que o EEESIP utiliza "...um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados" (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010, p.1).

Esta é uma situação normal e desejável em contexto de internamento, no entanto durante o de estágio houve exceções, nomeadamente em contexto da pedopsiquiatria quando o processo de tratamento exige que o adolescente não possa ter acompanhante (como, por exemplo os pais), há uma dificuldade acrescida para o enfermeiro, a sua interação com a família é muito mais reduzida desta forma procurou-se dentro do possível recolher o máximo de informação sobre o jovem e sua a família de forma a poder dar o melhor contributo.

No exercício da parentalidade positiva há desafios de maior complexidade e dificuldade.

A adolescência é um período de desenvolvimento marcado por mudanças significativas e reorganização das relações familiares e de pares. Os adolescentes distanciam-se gradualmente e adquirem autonomia emocional e comportamental, resultando no investimento em relacionamentos extrafamiliares. Essa autonomia não se baseia no desapego dos pais, mas na individualização em relação aos mesmos (Potard et al., 2017, p. 47),

Face ao exposto, a adolescência é normalmente referida com um período crítico para os Pais, contudo esses pontos críticos foram oportunidades para intervir na promoção da

parentalidade positiva alertando os pais para estarem atentos às alterações comportamentais e emocionais dos filhos, para que haja uma intervenção atempada, em caso de necessidade, consciencializando-os da importância da saúde do adolescente para que venham a ser adultos saudáveis quer física, quer mentalmente

A separação emocional dos pais, a formação de uma identidade pessoal, a identificação com o grupo, a exploração de novas relações e a procura da identidade sexual, impulsos para fatores de risco, assumem-se como ameaças ao estado de saúde do adolescente. Nesta fase surgem com maior frequência os comportamentos de risco, como consumo de substâncias psicoativas, comportamentos sexuais de risco, alteração dos seus hábitos alimentares, dependência das novas tecnologias de informação e comunicação, ou seja, adoção de um estilo de vida muitas vezes pouco saudável. Neste sentido, assume toda a importância promovermos estratégias que ajudem na maximização da saúde dos adolescentes, o qual deve ser visto como um todo, numa visão holística, dando-lhes a oportunidade de expressarem as suas dúvidas, receios, ou seja, cabe-nos saber ouvi-los e adequarmos os cuidados à sua individualidade. Por tal, é muito importante que o EEESIP tenha um profundo conhecimento deste período da vida do ser humano, sem fazer juízos de valor por forma apoiar não só os adolescentes, como a sua família, estabelecendo-se uma parceria de cuidados.

Durante o estágio, verificou-se que muitos dos internamentos eram de jovens adolescentes com perturbações do comportamento, área específica da pedopsiquiatria, embora a pedopsiquiatria seja uma área já bastante divulgada, foi surpreendente haver tantos internamentos diretamente relacionados com saúde mental. Uma questão que também foi colocada durante o estágio é se o contexto de pandemia Covid-19 pode indiretamente ter inflacionado este número de internamentos, já que questões como o isolamento por si só podem desencadear reações comportamentais variadas.

Certo é que os adolescentes, devido à pandemia, assistiram ao cancelamento de alguns momentos cruciais e irrepetíveis da sua vida, em prol da saúde e segurança de todos, o que poderá ter tido um forte impacto na sua saúde mental. Neste âmbito e parafraseando Rute Teiga (s.d.)<sup>1</sup>, pedopsiquiatra de uma Instituição de saúde do Porto, esta refere que “a pandemia alterou as rotinas diárias e limitou a interação social e as atividades *outdoor*, o que, associado ao medo da infeção, originou sentimentos de incerteza, perda de controlo,

---

<sup>1</sup> Acedido em A pandemia e saúde mental dos jovens: compreender mais, apoiar melhor. Disponível em: <https://advancecare.pt/para-si/blog/artigos/pandemia-saude-mental>

ansiedade, tristeza e raiva”. Tudo isto porque os confinamentos geraram aquilo que a pedopsiquiatra denomina de “stressores”, que tiveram um impacto significativo na saúde mental dos adolescentes, entre os quais destaca o isolamento social, que colocou os adolescentes sem contactos próximos com amigos e família; o encerramento das escolas, ficando isolados em casa e adstritos ao ensino *online*; a falta do contacto pessoal com os colegas, amigos e professores; o uso excessivo de Internet e das redes sociais; a diminuição da atividade física; a necessidade de gestão e reorganização de espaços pessoais e as alterações na dinâmica de comportamentos e relações familiares. Como consequência disto tudo, a pandemia também teve um grande impacto na saúde mental dos adolescentes, sendo as queixas mais frequentes os sintomas de ansiedade, medo, tristeza e irritabilidade, bem como as alterações dos padrões de sono.

Tendo por base tudo isto, durante o estágio, criou-se uma relação empática com o adolescente e a sua família por forma a poderem expressar os seus sentimentos. Procurando que estes entendessem que podiam expressar os seus sentimentos e as suas vivências, que eram o centro dos cuidados, sendo esta uma forma de os ajudar na gestão emocional, sem tecer quaisquer juízos de valor, apenas procurando saber ouvir e sendo assertiva. De igual modo, transmiti-lhes que estávamos ali para lhes servir de suporte, para os ajudar a compreender, aceitar e até a encontrar significados positivos para as vivências sentidas.

Ainda no contexto da saúde do adolescente foi possível assistir a uma consulta do adolescente, onde se promove a saúde física, emocional, psicológica e relacional, prevenindo a doença, antecipando a vigilância longitudinal, promoção do suporte familiar, bem como se prepara o adulto de referência, rastreia-se, sinaliza-se e referenciam-se situações de risco.

Pode-se constatar que a Consulta de Adolescentes está organizada garantindo aos adolescentes um atendimento e acompanhamento personalizados, num espaço físico próprio, que respeita a sua privacidade e autonomia. Assim, o objetivo consiste em otimizar os cuidados de saúde prestados aos adolescentes, para que estes se tornem em jovens adultos saudáveis, responsáveis e realizados. É precisamente nesta ótica que se centra a ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito da Consulta do Adolescente, nomeadamente no apoio e promoção de comportamentos saudáveis, em cuidados antecipatórios e na deteção de patologias e seu tratamento.

A Consulta do Adolescente assenta na construção de um triângulo assistencial (família, escola e dever, estilos de vida prazer) e deve ser de acessibilidade facilitada, deve estar presente a privacidade confidencialidade exercício do consentimento livre e esclarecidos e participação ativa dos próprios. Os segredos íntimos do adolescente não requerem quebra de sigilo, havendo necessidade de informar os responsáveis apenas se houver riscos à saúde

ou integridade de vida do adolescente ou terceiros. Deste modo, o enfermeiro tem o dever de garantir ao adolescente um atendimento particular, garantindo “um ambiente físico adequado, confidencialidade, privacidade e a sua autonomia, para que o adolescente se sinta respeitado e responsável pela sua saúde de uma forma holística” (Paulino, 2020, pp. 37-38)

Na entrevista com o adolescente, a abordagem dos aspetos psicossociais alcança uma especial relevância e possibilita conhecer melhor os pontos fortes e os fatores de vulnerabilidade pessoal, mediante os distintos contextos de vida. Para ajudar o enfermeiro neste conhecimento, Henry Bearman desenvolveu o acrónimo HEADS (1972), que tem vindo a ser aperfeiçoado até à atualidade em que comumente se utiliza o HEEADSSS. Trata-se de um modelo que possibilita encontrar problemas não verbalizados espontaneamente e clarificar fatores protetores e de risco.

“H – *Home* (casa, família); E – *Education e employment* (escola e emprego); E – *Eating* (alimentação); A – *Activities* (atividades desportivas e de lazer); D – *Drugs* (consumos, adição); S – *Sexuality* (sexualidade); S – *Suicide* (depressão, suicídio, humor); S – *Safety* (segurança, acidentes, violência)” (Magalhães et al., 2020, p. 176).

Durante o período da Consulta do Adolescente, verificou-se que a equipa médica e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica seguiram o acrónimo e a consulta compreendeu três momentos distintos.

#### **Primeiro momento: adolescentes e familiares**

Numa fase inicial criar uma empatia com o adolescente, cumprimentando-o e tentando estabelecer diálogo, mostrando simpatia e utilizando uma linguagem adequada. Nesta fase da consulta, colheu-se informações sobre o adolescente, a família e o ambiente onde vive. Questões como a privacidade e a confidencialidade foram asseguradas, explicando tudo ao adolescente e à família, sem fazer juízos de valor sobre as preocupações do adulto que está a acompanhar.

#### **Segundo momento: entrevista a sós com o adolescente**

Este momento pode-se constatar revelar-se o mais importante, já que existe a oportunidade para o adolescente se expressar de forma livre e aberta. Durante a consulta a conversa decorreu num clima de confiança e sigilo, sendo abordados de novo alguns aspetos, pois podem haver diferenças nas informações relatadas pelos pais. Nesta fase, ou seja, no tempo “a sós”, foi permitido ao adolescente verbalizar os seus problemas e as suas dificuldades, visto que na presença do acompanhante por vezes o adolescente omite certas informações que podem ser muito importantes.

#### **Terceiro momento**

No final da entrevista voltou-se a chamar o acompanhante. Neste terceiro momento foram dadas diretrizes para o domicílio ao adolescente e ao acompanhante e foram esclarecidas todas as dúvidas que possam ter surgido.

O foco da intervenção da Consulta do Adolescente é a saúde global do adolescente, nos seus aspetos somáticos, psicológicos e relacionais. Assim, constatou-se que nestas consultas se prestam cuidados diferenciados aos adolescentes, tendo em conta as suas características individuais e do ritmo a que este está a desenvolver as duas grandes tarefas da fase da vida em que se encontra: a autonomia e a identidade.

## **1.2. Estágio de Neonatologia**

O estágio decorreu no internamento Neonatologia num Centro Hospital da região centro do País, decorreu entre 1 março a 23 de abril.

O serviço de neonatologia consiste num “local onde se prestam cuidados de saúde, intensivos, intermédios ou especiais, aos recém-nascidos, acolhendo e integrando da melhor forma possível a respetiva família” (Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP. [Portugal, MS, ACSS], 2017, p. 2). De acordo com a mesma entidade, “os utentes do serviço de neonatologia são as crianças recém-nascidas e seus familiares, em regime de internamento ou de acompanhamento ambulatorio”, sendo considerados acompanhantes os familiares diretos da criança, ou seja, os pais e os irmãos. Recém-nascido consiste em “toda criança com menos de 28 dias de vida e todo o recém-nascido que, além dessa idade, precise da continuação dos cuidados específicos neonatais, por problemas relacionados com o nascimento prematuro, com anomalias congénitas ou com doenças adquiridas no período neonatal” (Portugal, MS, ACSS, 2017, p. 2).

### **Objetivos específicos delineados para o estágio Neonatologia**

- Prestar cuidados de enfermagem ao recém-nascido tendo por base a parceria de cuidados nos processos de saúde e doença.
- Prestar cuidados de enfermagem proficientes na prevenção e no controlo da dor do recém-nascido.
- Adquirir competências científicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao neonato de alto risco e sua família.
- Promover o desenvolvimento do recém-nascido adequando os cuidados prestados às necessidades do ciclo de vida.

- Promover a parentalidade positiva reforçando o vínculo afetivo entre pais e filhos.

### **Reflexão crítica**

No estágio de Neonatologia foi fundamental para o percurso formativo descrever as atividades que permitiram alcançar os objetivos delineados por meio de uma reflexão crítica.

Atualmente reconhece-se que a enfermagem pediátrica, nomeadamente a área da neonatologia, acaba por ser uma área com uma especificidade própria devido ao tipo de utentes que trata.

Nos últimos anos, a preocupação dos enfermeiros sobre se a sua prática está em conformidade com a melhor e mais recente evidência científica disponível tem-se revelado como uma constante. A existência de uma clara disparidade entre os resultados de investigação e a prática clínica tem sido frequentemente aludida na literatura, com uma lacuna merecedora de uma análise mais concisa e objetiva. Assim, investigar, etimologicamente, significa procurar e investigação. “A investigação é uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribuiu para explicar e compreender os fenómenos sociais” (Coutinho, 2021, p. 7). Por tal, é através da investigação que o Enfermeiro Especialista pode refletir e problematizar os problemas nascidos na prática, que o levará a suscitar e a edificar ideias inovadoras.

Tendo por base o referido, e tendo em conta a melhoria contínua da qualidade foram realizadas etiquetas para a organização e armazenamento de todo do material. Segundo a Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 020/2014 LASA (Apêndice II) (Portugal, MS, DGS, 2014).

Em qualquer serviço, a existência da medicação organizada, segundo esta norma, diminui o erro terapêutico. Os medicamentos *look-alike*, *sound-alike* (LASA) “são medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos, originando trocas entre si. Os medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante serão denominados como *look-alike*, enquanto os medicamentos com nome foneticamente semelhante serão designados como *sound-alike*” (Godinho et al., 2018, p. 21). Esta metodologia permite evitar erros associados aos medicamentos.

Retira-se como reflexão, que é importante por vezes perceber que muitas das atividades que os profissionais de saúde fazem no dia-a-dia podem ser melhoradas com reformulações que permitam a melhoria contínua da qualidade por forma a tornar o serviço e a prestação de cuidados mais eficientes. Assim, procurou-se continuamente mobilizar

conhecimentos e habilidades, para que pudesse aplicar na prática os conhecimentos adequados, adotando medidas que permitissem melhoria de cuidados.

Foi possível identificar as redes de articulação do Serviço de Neonatologia com outros serviços/instituições de saúde, constatou-se que possui a valência de telemedicina, através da qual troca opiniões e imagens de exames, o que é benéfico para os recém-nascidos pois permite poupar viagens que podem causar instabilidade. A telemedicina é definida, pela World Health Organization ([WHO, 1997), como a prestação de cuidados de saúde pelos profissionais de saúde, em situações em que a distância se constitui como um fator crítico, recorrendo às tecnologias de informação e comunicação na troca de informação para diagnóstico, orientação e tratamento, prevenção de doenças e investigação. Esta modalidade de medicina é utilizada para otimizar a acessibilidade aos cuidados, particularmente quando não existe disponível uma especialidade, possibilitando uma maior eficácia dos recursos, bem como garante a qualidade dos serviços e a segurança da criança.

Os profissionais de saúde nomeadamente o EESIP deve considerar no apoio à parentalidade positiva o princípio que os pais são os principais responsáveis pela criança e como tal são titulares de direitos e obrigações. Os pais devem ser vistos como parceiros e com o potencial natural que deve ser incentivado.

Os cuidados de saúde prestados na Neonatologia ao recém-nascido não podem ser dissociados da família, ou seja, a família é envolvida em todo processo. Assim, houve a preocupação de envolver a família em todos os cuidados a prestados ao recém-nascido. “A criança, não sendo um elemento independente, quer pela sua condição humana e também pelas suas características incontornáveis é um ser vulnerável e caminha a par e passo com a sua família a quem cabe a responsabilidade primeira de promover o seu pleno desenvolvimento” (Mendes & Martins, 2012, p. 114).

Neste contexto o Enfermeiro EESIP tem um papel preponderante visto que,

(...) trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, (...)”, utilizando para isso “(...) um modelo concetual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados”, estabelecendo com estes “(...) uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade. (Diário da República, 2018, p. 19192).

Os pais são os principais zeladores da saúde dos seus filhos, desta forma, os cuidados prestados à criança/jovem exigem o envolvimento dos pais e é de extrema importância estabelecer um elo de ligação na tríade enfermeiro/criança/família.

A parceria de cuidados potência a segurança e a proteção da criança e coloca os pais no papel de mediadores do processo, na medida em que são eles o elo de ligação entre

a criança e os enfermeiros. Facilitando o acesso aos dados para a construção do processo de cuidados devido ao envolvimento afetivo dos pais (Mendes, 2016, p. 533).

É importante capacitar os pais/família, disponibilizando “o suporte necessário para dotá-los de competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos” tornando-os mais autônomos e capazes de tomar decisões. “Esta relação é sustentada, fundamentalmente, por crenças e valores de que a família, e sobretudo os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças, respeitando e valorizando a sua experiência” (Ordem dos Enfermeiros, & Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2017, p. 5).

As competências relacionais foram de extrema importância, porque delas dependeram o sucesso das relações entre profissionais com a díade recém-nascido/família, o tipo de relação que se desenvolve com estes influenciou grandemente o seu envolvimento nos cuidados e a própria vinculação com o recém-nascido. Desta forma também a promoção à parentalidade positiva está centrada no desenvolvimento de uma relação forte e profundamente empenhada entre pais e filhos.

A prevenção da dor no neonato foi uma meta a alcançar durante o estágio de neonatologia, não apenas por ser ético, mas também porque as repetidas exposições dolorosas têm potencial para consequências deletérias. Portanto, todas as Unidades de Neonatologia devem implementar um programa de prevenção da dor que inclua estratégias para minimizar o número de procedimentos dolorosos realizados e uma avaliação e plano de gestão da dor que inclua a avaliação da rotina da dor, métodos farmacológicos e não farmacológicos para a prevenção da dor associada a procedimentos de rotina e medidas para minimizar a dor associada a outros procedimentos invasivos (*American Academy of Pediatrics*, 2016).

A utilização de escalas de avaliação da dor permite a promoção de um tratamento apropriado e eficiente, minimizando os desconfortos no recém-nascido, tornando o internamento menos doloroso e stressante, o que favorece o seu bem-estar e o desenvolvimento normal, bem como está a cumprir-se o dever ético e moral dos enfermeiros face aos cuidados prestados ao recém-nascido (Dias & Marba, 2014).

Houve uma constante preocupação na prevenção da dor reduzindo o maior número possível de procedimentos de desconforto e/ou dolorosos, concentrando as manipulações do recém-nascido, procurando-se também evitar a hiperestimulação do neonato.

No decorrer do estágio foram prestadas intervenções não farmacológicas para o alívio da dor em procedimentos dolorosos, sendo exemplos: o uso de sacarose, evitar estímulos excessivos, favorecer a posição fetal com rolos ou ninhos e recurso ao Método

Canguru. Esta atuação levou a reforçar ainda mais que é imprescindível identificar, avaliar e tratar a dor do recém-nascido, procurando diminuir e/ou evitar efeitos nocivos para o desenvolvimento do neonato, além de contribuir para uma recuperação mais rápida e para a qualidade da assistência prestada.

Importa referir que a avaliação comportamental da dor nos bebês fundamenta-se na transformação de determinadas expressões comportamentais, após um estímulo doloroso. Assim, pode-se constatar que as respostas comportamentais do recém-nascido à dor mais comuns são a resposta motora, a mímica facial, o choro e o padrão de sono e vigília. Mediante tal, o alívio do desconforto e da dor em neonatos por parte da enfermagem, baseado em intervenções não farmacológicas, emerge como necessidade de perceber a sutileza da expressão de dor no bebê, de realizar uma melhor leitura corporal, da aplicabilidade mais consensual e amplamente humanizada das técnicas explicitadas em Neonatologia, sendo o seu resultado a prevenção ou minimização de futuras perdas psicomotoras, auditivas, visuais, além de limitações cognitivas (Bueno et al., 2013).

No decorrer do estágio houve situações em que a atuação rápida e eficaz foi necessária uma vez que os recém-nascidos rapidamente passam de um quadro clínico estável para um estado clínico instável. Os recém-nascidos, principalmente os prematuros, podem entrar facilmente em exaustão pelo que a rápida intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica é fundamental para a não descompressão das funções vitais que podem levar a situações de maior complexidade, nomeadamente a paragem cardiorrespiratória. Assim, houve sempre a preocupação de estabelecer prioridades de atuação.

Prestar cuidados ao neonato de alto risco e sua família exige um maior nível de intervenção dos enfermeiros. A necessidade de procedimentos invasivos ao neonato, as condições do espaço físico, a constante vigilância e a quantidade de profissionais são fatores que, muitas vezes, podem resultar numa aparente despersonalização, aumentando a ansiedade dos pais (Ribeiro et al., 2015). Assim sendo, procurou-se sempre durante o estágio comunicar com os pais de forma empática, mostrar-lhes acessibilidade e transmitir informação o mais assertiva possível.

O nascimento de um filho, é a primeira experiência de parentalidade vivida pelo casal, desta forma é de extrema importância para os Pais estarem com os seus filhos durante o internamento na unidade de Neonatologia.

Devido à situação pandémica, situação excecional e impensável há pouco mais de um ano atrás a unidade de Neonatologia teve mudanças no seu funcionamento por forma a minimizar o mais possível o contágio da doença COVID-19. Assim sendo, só é permitida a

presença das mães junto do recém-nascido, o que leva a não terem o apoio dos companheiros, existindo muitas vezes situações de *stress* emocional.

Os pais foram privados do contacto com o seu filho durante dias e nalguns casos durante semanas dependendo do quadro clínico do bebé. e embora o pai na teoria tenha a vida toda para passar com o filho, os primeiros momentos e os primeiros dias são logicamente insubstituíveis, pelo que esta situação excecional veio e aumentar a ansiedade e sensação de impotência destes pais. Com desconfinamento na fase final do estágio houve o regresso das visitas dos pais, contudo durante a visita os pais estavam impossibilitados de tocar no seu filho e o tempo da visita era muito reduzido.

A parentalidade na sua vertente positiva é abordada como um processo de transição com propriedades e condições facilitadoras e inibidoras onde se incluem os recursos de apoio como o apoio de enfermagem. O apoio na parentalidade positiva tem de partir das potencialidades dos Pais, considerar os seus pontos fortes e as suas diferenças.

Pelo que foi referido e tendo em conta o tema final deste relatório «Parentalidade Positiva em Crianças dos 0 aos 3 anos: a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica» foram realizados panfletos destinados ao pai (Apêndice III) com informações relevantes e úteis para o dia-a-dia com vista ao empoderamento das capacidades parentais O exercício da parentalidade positiva exige conhecimentos, atitudes e habilidades a realização dos panfletos contribuirá para fornecer conhecimentos, tendo como premissa que os Enfermeiros Especialistas e Saúde Infantil e Pediátrica são os profissionais de saúde que estão diretamente em contacto com a criança e família, e são fulcrais no suporte de apoio no processo de mudança que implica a necessidade de ajustamento e/ou adaptação como é o caso da parentalidade.

Durante o de estágio pela Neonatologia observou-se a dificuldade das mães, que muitas vezes têm de fazer o luto do bebé real do imaginário. Sabe-se que este é um processo fulcral para o início da vinculação mãe filho. Sendo assim é necessário que a mãe faça o luto do bebé imaginário. Chagas (2014) refere que o bebé imaginário se refere à representação que as mães fazem do bebé ao longo da gravidez, resultado dos seus sonhos e anseios. Por seu lado, o bebé real corresponde ao verdadeiro bebé, aquele que a mãe pega ao colo. Se o desejo dos pais não equivaler à realidade, é fundamental apoiá-los neste momento e dar-lhes a oportunidade de começar a fazer esse luto. Por conseguinte, tentou-se sempre que a mãe tivesse a consciência que as reações emocionais que vivencia são normais e essenciais para se poderem adaptar e não se sentirem diminutos no papel parental.

Também se constatou que a separação a que são sujeitos o recém-nascido e as mães logo após o nascimento interrompe bruscamente o processo de vinculação. Apesar de este

ser um processo momentâneo, o contacto precoce entre eles promove o seu desenvolvimento. Desta forma, cabe ao EEESIP o papel promotor e incentivador do processo de vinculação, através do toque e da integração nos cuidados ao seu filho. A aproximação da mãe ao recém-nascido, através do toque, da voz e do contacto visual traz vantagens não só para estes, mas também para o processo de desenvolvimento do próprio recém-nascido. O EEESIP, tendo por base os seus cuidados alicerçados neste conhecimento, deve prover um cuidado específico que facilite o desenvolvimento da vinculação e, conseqüentemente, as competências parentais fundamentais para o desenvolvimento da parentalidade positiva.

Naturalmente, as mães sentem-se inseguras para prestarem cuidados ao ser frágil e o ambiente neonatal (os aparelhos alarmes são fonte de *stress* para as mães). Assim, procurou-se envolver mães nos cuidados ao recém-nascidos, fazer ensinamentos explicar-lhes as características e as competências que os seus filhos vão adquirindo, pois quanto mais informadas as mães estão, menos ansiedade e *stress* apresentam.

Ao longo da prestação de cuidados na unidade de Neonatologia houve uma preocupação com o envolvimento das mães, no sentido da promoção da vinculação e do empoderamento para as capacitar nos cuidados ao seu filho. Assim, incentivou-se as mães a participarem ativamente nos cuidados ao bebé, no sentido de desenvolverem a sua independência, mas também para estimular o envolvimento emocional entre a díade.

O apoio às mães no processo da amamentação e no Método Canguru, numa perspectiva de assistência humanizada aos recém-nascidos é uma forma de potenciar a parentalidade positiva, através do vínculo decorrente da amamentação e do Método Canguru que facilita também a comunicação positiva com a criança. O Método Canguru é visto como um método potencializador para a parentalidade positiva, o contacto pele a pele entre mãe e bebé, promove a relação física e emocional entre eles, diminui os níveis de stresse, estimula a organização neuro-comportamental do bebé, facilita o aleitamento materno, entre outros benefícios. Assim, este método foi uma prática aplicada recorrentemente dadas as suas vantagens para o desenvolvimento neuro-sensorial do recém-nascido, promoção da amamentação e da vinculação.

Apesar da importância do EEESIP estar perto da mãe de uma forma acessível para lhe poder prestar apoio, tentou-se sempre deixar que a mãe e o bebé tivessem momentos a sós, para que ambos pudessem adaptar-se a esta nova fase e explorassem os laços que só os dois são capazes de criar. Esta conexão mãe -filho é fundamental para o início de uma parentalidade positiva.

### **1.3. Estágio de Saúde Infantil e Familiar**

O presente estágio decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF), na região centro do País, entre 26 de abril a 4 de maio de 2021.

Na USF, a equipa multidisciplinar responsável é formada pela equipa de Enfermagem dais quais fazem parte Enfermeiros de Saúde Infantil e Pediátrica, equipa Médica, Assistentes Operacionais e Administrativos, sendo a metodologia de trabalho adotada o método enfermeiro de família.

A USF rege-se pelo imperativo de que as necessidades e as expectativas dos utentes são a alavanca para a melhoria da qualidade na assistência. A Unidade de Saúde Familiar é o resultado de um ciclo virtuoso em que a melhoria contínua é uma aposta constante, garante cuidados assistenciais que privilegia a acessibilidade e a prestação de cuidados de saúde com elevados níveis de qualidade, satisfazendo utentes e profissionais. O seu compromisso consiste na prestação de cuidados de saúde de proximidade, cumprindo rigorosos critérios de qualidade e de excelência. Tudo pelos utentes e pela sua saúde, para se alcançar a verdadeira saúde, numa perspetiva de um estado holístico de harmonia total e de bem-estar da população, garantido o seu direito a cuidados de saúde personalizados.

A organização dos utentes atribuídos é feita por famílias, ou seja, a cada enfermeiro tem as suas famílias atribuídas. “O enfermeiro de família, na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde, nos termos legais aplicáveis.” (Portugal, Decreto-Lei n.º 118/2014, p. 4070).

Este profissional de saúde representa um elo de referência entre o serviço de saúde e a família, tendo a responsabilidade da prestação de cuidados de enfermagem globais a um conjunto de famílias, nas mais diversas situações de crise e em todos os processos de saúde-doença, através da prestação de cuidados globais, numa perspetiva de maior proximidade e integralidade, tendo por base uma relação de ajuda de maior confiança.

#### **Objetivos específicos delineados para o estágio de saúde infantil e familiar**

- Desenvolver competências no apoio e na promoção da parentalidade.
- Desenvolver competências especializadas no atendimento da criança/jovem e sua família na promoção da saúde e prevenção da doença.

-Desenvolver competências especializadas no atendimento da consulta do adolescente na Unidade de Saúde Familiar.

### **Reflexão crítica**

O *European WHO Discussion Document* de 1984 definiu a promoção da saúde da seguinte forma: a promoção da saúde envolve a população como um todo, no contexto da sua vida diária, contrariamente a focar-se nas pessoas em risco de doenças específicas, está direcionada para a ação sobre os determinantes ou causas da saúde, combinando diversos métodos ou abordagens, mas complementares, visa uma participação pública particularmente efetiva e concreta e os profissionais de saúde têm um papel importante em sustentar e possibilitar a promoção da saúde (Honkala, 2014). Assim, de acordo com a carta de Ottawa (1986), constatou-se que a promoção da saúde deve ser baseada em cinco estratégias diferentes: políticas públicas saudáveis; ação comunitária e capacidades pessoais; criar um ambiente de apoio; possibilitar; mediar; defender e reorientar os serviços de saúde. Neste âmbito, os cuidados de saúde primários são relevantes para a promoção da saúde e por sua vez para a promoção da parentalidade positiva

As consultas de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ) permitiram participar ativamente na promoção da saúde e promover a parentalidade positiva. Durante as consultas os pais frequentemente mostravam preocupação e insegurança nos cuidados parentais desta forma foram realizadas intervenções com o intuito de promover o empoderamento das suas competências parentais.

A especificidade do PNSIJ (2013) e a vigilância de saúde nas várias idades, implicam a necessidade constante de atualização. Nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil foi possível avaliar a dinâmica do crescimento e do desenvolvimento da criança/jovem de acordo com a evolução das curvas de crescimento da OMS e a Escala Mary Sheridan modificada, atualizar o esquema vacinal de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (Freitas et al., 2020) e realizar os devidos registos no Sclínico e no boletim individual de saúde da criança. Procurou-se sempre estimular os comportamentos promotores de saúde (nutrição, exercício físico, prevenção de consumos nocivos e adoção de medidas de segurança), transmitindo ensinamentos sobre a prevenção, identificação e como abordar as doenças comuns nas várias idades.

A parentalidade positiva está centrada no desenvolvimento de uma relação forte e profundamente empenhada entre pais e filhos, baseada na comunicação e no respeito mútuo (*Council of Europe*, 2006). Centra-se em ensinar às crianças não só o quê, mas também o porquê. Há três componentes principais para a paternidade positiva: (i) as regras e

consequências que são estabelecidas, discutidas frequentemente e seguidas até ao fim; (ii) os pais concentram-se em ajudar as crianças a interiorizar a disciplina, em vez de obedecerem a ordens baseadas no medo do castigo, a fim de desenvolver a autodisciplina; (iii) os pais utilizam a escuta ativa para compreender os pensamentos das crianças (Kyriazos & Stalikas, 2018). De acordo com os mesmos autores, todos os elementos do desenvolvimento físico, social, emocional e cognitivo positivo de uma criança são transformáveis e, presumivelmente, melhoráveis. No entanto, em vez de se concentrar no ensino às crianças do que é certo e errado, a parentalidade positiva concentra-se no desenvolvimento da capacidade inata das crianças de dizer intrinsecamente o que é certo e o que é errado ou de serem intrinsecamente motivadas.

A preparação e o conhecimento sobre a parentalidade positiva tornam os pais mais resilientes, ajudando-os a compreender a criança, a saber o que fazer em cada fase de desenvolvimento, o tipo de acompanhamento e disciplina mais adequados à criança e a proporcionar um ambiente do melhor interesse da criança (Ahmann, 2006; *Departement of Health and Human Services*, 2008, 2011, cit. por Chen et al., 2019).

No apoio formal, os profissionais de saúde são os elementos estruturais e funcionais de apoio à parentalidade positiva. Deave et al. (2008) concluíram que os profissionais de saúde foram identificados como um grupo de apoio e fonte de informação, tanto para mães como para pais.

Tendo em conta a importância dos profissionais de saúde no apoio e na promoção da parentalidade, foi realizado uma sessão de educação para a saúde (Apêndice V) sobre a parentalidade positiva que contou com a presença de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativos. Esta sessão permitiu a consciencialização dos profissionais de saúde sobre esta temática e sobre o papel importante nomeadamente o de a equipa de enfermagem no apoio formal para a parentalidade positiva assente na princípio de que “A mestria nas competências parentais altera o modo como a mãe e o pai interpretam o seu próprio desempenho e o comportamento da criança quanto maior o nível de conhecimentos e habilidades parentais, maior a probabilidade de criar um ambiente adequado a um desenvolvimento saudável e maior perceção e resposta às necessidades da criança” (Cardoso & Marín, 2018, p. 2).

Ainda neste âmbito, criou-se um panfleto (Apêndice IV) para ser entregue nas consultas de saúde infantil sobre a parentalidade positiva com recomendações para os pais passíveis de serem aplicadas no dia-a-dia. A realização destes panfletos permitiu criar uma estrutura de apoio à promoção à parentalidade positiva para os pais assente princípio que os enfermeiros assumem um papel de extrema importância junto das famílias.

Foram mobilizados os conhecimentos teóricos para a prática diária de enfermagem, no sentido de executar todas as intervenções de enfermagem com a máxima precisão, eficiência e eficácia possíveis, num processo de envolvimento e promoção do bem-estar da criança, jovem e família.

Durante este período de estágio houve oportunidade realizar uma visita domiciliária ao recém-nascido e sua família. Esta visita é uma estratégia de intervenção precoce numa fase de transição sobretudo crítica nas famílias com o nascimento de um filho. Possibilita realizar a avaliação da condição de saúde do recém-nascido e o ambiente familiar, o que é primordial para o desenvolvimento e crescimento da criança. Como referem Garcia e Teixeira (2009, p. 16), a visita domiciliária configura-se como uma “metodologia de trabalho de caráter educacional, assistencial e exploratório”. Nesta prestam-se cuidados de saúde ou assistência a nível social, no domicílio, ou seja, no seu meio ambiente. Deste modo, há uma maior proximidade do enfermeiro com o recém-nascido e família, objetivando aconselhar, orientar e capacitar os pais/família para a resolução dos seus problemas, para que estes se tornem mais autónomos nos cuidados ao recém-nascido, o que resulta em ganhos em saúde para todos os membros da família.

A visita domiciliária ao recém-nascido e sua família foi muito importante no reforço ao apoio à parentalidade positiva, sendo esta a temática do estudo inerente a este trabalho. O acolhimento na visita domiciliária foi efetuado de forma personalizada ao recém-nascido e família, sempre com base numa relação de empatia e de confiança. Neste âmbito, ao longo da visita foi demonstrada receptividade para o esclarecimento de dúvidas, procurando adequar a linguagem a cada caso, para permitir uma perceção efetiva do que se transmitia e/ou ensinava aos pais. Foi ainda observado o vínculo entre pais e o recém-nascido, as condições da habitação, o apoio familiar e amigos, fundamentais para o desenvolvimento saudável infantil.

Desta forma conclui-se que as visitas domiciliárias são igualmente

uma estratégia de promoção da saúde familiar e que facilitam a transição para a parentalidade. No período pré-natal permitem a resolução atempada das dificuldades e riscos. No período pós-parto influenciam o desenvolvimento do relacionamento familiar, prevenindo as disfunções relacionais dos seus membros. Ao serem realizadas *in loco* permitem identificar com maior eficácia as necessidades, os recursos e os apoios de que a família dispõe para ultrapassar as dificuldades detetadas (Tralhão et al., 2020, p. 27).

Os mesmos autores supracitados salientam ainda que as visitas domiciliárias se configuram como uma modalidade de “intervenção de promoção da saúde e da parentalidade positiva”, facilitando “o envolvimento de famílias com dificuldade em aceder aos serviços de

saúde” e possibilita ao enfermeiro “observar a habitação das famílias, perceber o contexto onde estão inseridos e os elementos da rede de apoio social e institucional” (Tralhão et al., 2020, p. 25).

Os adolescentes precisam dos seus pais, desejam o seu amor e afeto, e necessitam de orientações adultas, os pais anseiam ter adolescentes mais confiantes e bem-sucedidos. Nas consultas de adolescência foi possível observar as dificuldades sentidas pelos pais para lidarem com os problemas desta fase da vida. Neste âmbito, salienta-se também a importância da promoção da parentalidade positiva, uma vez que permite consolidar laços afetivos tendo por base o respeito pela individualidade de cada adolescente

Com a pandemia por Covid-19 houve adolescentes a relatarem que o seu passatempo favorito era ver séries na televisão e/ou computador. O período de confinamento diminuiu os hábitos de exercício físico, aumentando os comportamentos sedentários. Face a tal, nos cuidados antecipatório foi incentivada a adoção de estilos de vida saudáveis, demonstrando que a prática de atividade física, a saúde e a qualidade de vida são fatores que se associam intimamente, não persistindo qualquer dúvida em relação ao facto de que o sedentarismo é um fator de risco para o desenvolvimento de muitas doenças crónicas, abrangendo as doenças cardiovasculares, uma das principais causas de morte no mundo ocidental. Por outro lado, uma vida ativa faculta muitos outros benefícios sociais e psicológicos (União Europeia, 2009). A prática regular de atividade física tem um papel de grande relevância na gestão do stresse, na promoção da higiene do sono, na libertação de endorfinas e na promoção de emoções positivas, sendo, por tal, fundamental para uma vida saudável (Ordem dos Psicólogos, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2019), a prática de atividade física regular para crianças e jovens (5 aos 18 anos) pode ter benefícios sociais como: oportunidades de diversão com amigos e familiares; comportamento antissocial reduzido, incluindo ações agressivas e disruptivas; ajudar a desenvolver habilidades de cooperação e trabalho em equipa; benefícios emocionais e intelectuais, nomeadamente ganhos de autoestima e confiança; ajuda a gerir a ansiedade e o stresse e a alcançar melhor concentração. Assim, os benefícios para a saúde consistem na promoção de um crescimento e desenvolvimento saudáveis; músculos e ossos fortes; aptidão física aprimorada, incluindo as habilidades de coordenação e movimento; risco reduzido de doenças e ganho de peso saudável.

### **Atividade extra**

Durante o estágio nos cuidados de saúde primários, foi possibilitada a experiência de Vacinar no Centro de Vacinação Covid (CVC), devido à necessidade do reforço das equipas das USF locais. Foi uma experiência enriquecedora e que também possibilitou ter um maior contacto com mais profissionais dos Cuidados de Saúde Primários percebendo melhor a dinâmica deste tipo de cuidados. Ao viver-se num período de pandemia também estes serviços tiveram de se adaptar em tempo *record* a toda esta nova dinâmica. Embora a vacinação, na altura, não abrangesse as crianças e o estágio fosse de Saúde Infantil e Familiar, não se pode abstrair mais uma vez deste contexto atípico e a vacinação em massa das populações mais velhas levou uma redução do número de casos positivos totais ou de pessoas gravemente doentes, pelo que também as crianças e as famílias beneficiaram deste tipo de iniciativa (como se veio a comprovar) e mesmo que fosse só por esse motivo considera-se ter sido muito importante contribuir nesta campanha global.



**PARTE II - Enquadramento teórico**



## 2. Promoção da parentalidade positiva

A família constitui o alicerce fundamental do desenvolvimento infantil, sendo o papel dos cuidadores e a parentalidade de grande importância, uma vez que condicionam a existência de experiências de vida estimulantes e adequadas que promovam o desenvolvimento holístico da criança e o seu bem-estar. Por outro lado, a compreensão do desenvolvimento da criança, a promoção da aprendizagem parental e o potencial de desenvolvimento da criança são áreas nas quais os pais carecem de apoio para exercerem o seu papel e as suas responsabilidades (Lopes et al., 2010).

A mestria nas competências parentais altera o modo como a mãe e o pai interpretam o seu próprio desempenho e o comportamento da criança quanto maior o nível de conhecimentos e habilidades parentais, maior a probabilidade de criar um ambiente adequado a um desenvolvimento saudável e maior percepção e resposta às necessidades da criança (Cardoso & Marín, 2018, p. 2)

O cuidado parental durante a infância pode afetar o desenvolvimento e a vida da criança, com possível impacto na saúde e consequências económicas e sociais devido a influências no período inicial do desenvolvimento humano. As circunstâncias individuais e sociais vivenciadas pelas famílias, sobretudo as mais vulneráveis, podem ser um desafio para um começo de vida bem-sucedido para as crianças e perturbar o seu desenvolvimento emocional, comportamental e cognitivo (Cohen et al., 2016).

Como referem Reticena et al. (2019, p. 2), “o termo parentalidade, derivado do original em inglês “parenting” é descrito como um conjunto de atividades que visam promover a sobrevivência e desenvolvimento pleno das crianças, executadas pelos adultos de referência da mesma”, sendo estes “responsáveis por cuidar, estimular, educar, amar, impor limites, fortalecer a autonomia e preparar a criança para os desafios e oportunidades da vida presente e adulta”. A parentalidade positiva consiste no comportamento dos pais com base nos melhores interesses da criança e que assegura uma relação nutridora, fortalecedora, não violenta, proporcionando o reconhecimento e orientação que envolvem o estabelecimento de limites para possibilitar o pleno desenvolvimento da criança (Reticena et al., 2019).

O investimento e a atenção dada à criança desde cedo são essenciais para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil. Essa é uma grande preocupação de instituições nacionais e internacionais como a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2013). Os pontos essenciais são os períodos que precedem o desenvolvimento motor, cognitivo ou emocional da criança. Esses períodos podem causar perturbações previsíveis nas relações familiares. O desenvolvimento atinge a criança e os pais,

simultaneamente, e é caracterizado por períodos de mudança que implicam adaptação (da criança e da família), o que pode causar desorganização no sistema familiar e nas suas relações. Os enfermeiros podem ajudar a família a vivenciar e a enfrentar esses períodos, facilitando o processo de adaptação/transição, através da promoção de uma parentalidade positiva (Soares et al., 2016).

Na perspectiva de um modelo de desenvolvimento, o desenvolvimento infantil no contexto familiar é considerado um processo descontínuo, no qual as regressões previsíveis estimulam a ocorrência de pontos de contacto, o que ocorre porque a aquisição simultânea de habilidades em diferentes áreas pode causar regressões noutras, resultando em rutura de rotinas, sentimentos e comportamentos interativos familiares (Brazelton & Sparrow, 2006). Assim, a parentalidade positiva é uma metodologia de intervenção preventiva que visa: (i) apoiar a relação pais-filhos, (ii) aumentar as habilidades parentais e (iii) fortalecer as relações entre a família e criança, o que potencia a maximização do desenvolvimento infantil, famílias funcionais saudáveis, com o apoio de profissionais competentes (Brazelton & Sparrow, 2006).

O conceito de parentalidade positiva define-se, segundo Tralhão et al. (2020, p. 21), apoiados no *Council of Europe* (2008), 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". Este conceito é constituído por cinco dimensões como: i) as necessidades físicas da criança, ii) segurança da criança (proteção da saúde e cuidados na doença), iii) promoção e estimulação de comportamentos adequados ao desenvolvimento, iv) comunicação positiva, v) disciplina positiva. Estas dimensões têm como objetivo dar resposta às necessidades da criança e promover a promoção da saúde e capacitação.

Neste sentido, o enfermeiro desempenha um importante papel em torno deste processo, uma vez que é "o perito, possuidor de conhecimento que permite à pessoa adquirir novas potencialidades e as capacidades necessárias para ele próprio ser o promotor da sua saúde" (Tralhão et al., 2020, p. 21). Os mesmos autores reforçam que "é responsabilidade do enfermeiro facilitar a mudança em colaboração com cada família" (p. 21).

A promoção de competências de parentalidade positiva, na perspectiva de Lopes e Dixe (2012, p. 2), "é recomendada como estratégia de prevenção de maus-tratos infantis e de desenvolvimento da criança nos seus primeiros três anos de vida". É que, ainda de acordo com as mesmas autoras, "durante esses anos, o cérebro humano tem grande potencial para a aprendizagem e os pais têm oportunidade para otimizar o desenvolvimento dos filhos". A parentalidade positiva compreende um "complexo conjunto de responsabilidades para os

pais”, pressupondo “as atividades cotidianas que previnam comportamentos de risco, fomentem comportamentos desejados e respondam às necessidades da criança”, que se incorporam, tal como já referenciado, nos cinco domínios da função ou dimensões: (i) necessidades físicas da criança, que compreende as atividades que têm por finalidade a satisfação das necessidades básicas da criança, nomeadamente a alimentação, repouso e higiene; (ii) segurança da criança, que tem implícitas as atividades que objetivam “a proteção da saúde e dos perigos”, bem como “os cuidados na doença da criança; (iii) desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança, que compreende “as atitudes para a promoção de comportamentos adequados e atividades de promoção do desenvolvimento e estimulação da criança; (iv) comunicação positiva com a criança, tendo incluídas as “atitudes positivas e o desenvolvimento de interação entre pais e crianças e a adoção de relacionamento de afeto e amor; (v) disciplina positiva que engloba “a promoção do autocontrolo e o estabelecimento de limites à criança com consistência e amor” (Lopes & Dixe, 2012, p. 2).

Há muito que se entende que a transição para a parentalidade pode ser um momento stressante e difícil para os pais. Para ajudar a apoiar os pais durante este período desafiador, os enfermeiros, particularmente os da área de Saúde Infantil e Pediátrica, devem ajudar os pais, como uma estratégia primária (May & Fletcher, 2013, Redshaw & Martin, 2014). A educação dos pais é definida como um processo que envolve a expansão de perceções, compreensão e atitudes e a aquisição de conhecimentos e habilidades sobre o desenvolvimento de ambos os pais e seus filhos e as relações entre eles (Gilmer et al., 2016). De acordo com os mesmos autores, os programas de educação dos pais têm sido empregados com a convicção de que o aumento do conhecimento reduzirá o stresse dos pais, aumentará o conhecimento e a consciência de comportamentos e as atividades parentais saudáveis, bem como promoverá relacionamentos saudáveis entre pais e filhos, potenciando uma parentalidade positiva. O objetivo final desses programas é melhorar os resultados do desenvolvimento das crianças. A educação/ensinos aos pais, portanto, abarca uma gama de atividades destinadas a atender às necessidades específicas de aprendizagem que ajudam a promover o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico e social da criança, num ambiente saudável. Melhorar as habilidades dos pais e as interações entre pais e filhos são uma componente essencial para programas parentais de sucesso (Gilmer et al., 2016). Assim, como futura enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, optou-se por fundamentar a transição para a parentalidade positiva e a futura atuação profissional nos pressupostos do modelo teórico das Transições de Afaf Meleis, como a seguir se apresenta.

## 2.1. Referencial teórico de enfermagem: Teoria das Transições de Afaf Meleis

A transição é uma mudança de função de um estado conhecido para outro estado desconhecido e as percepções pessoais e sociais podem facilitar ou prevenir a transição. Neste sentido, os enfermeiros, particularmente na área de Saúde Infantil e Pediátrica, estão no centro dessas mudanças e transição. A Teoria da Transição de Afaf Meleis orienta os enfermeiros a compreender a transição para a parentalidade, que é considerada um tipo de transição de desenvolvimento.

Na pesquisa em enfermagem, a transição é descrita como a passagem de uma fase da vida, condição ou *status* para outro, como períodos entre estados bastante estáveis e como processos que ocorrem ao longo do tempo, que podem ser divididos em estádios e fases (Schumacher & Meleis, 1994, p. 121). A partir do trabalho de vários investigadores, a transição tem-se apresentado como um conceito central na disciplina de enfermagem nas últimas décadas (Suva et al., 2015). Durante este período de tempo, os componentes da transição foram identificados e descritos, expandidos por uma tipologia adicional (Schumacher & Meleis, 1994) e o conceito foi estendido e redefinido (Meleis et al., 2000), todos na pesquisa em enfermagem.

A figura proeminente na definição de transição na pesquisa em enfermagem é Afaf Meleis, que escreveu pela primeira vez sobre o conceito em relação à insuficiência e suplementação de papéis. A transição, em várias áreas de pesquisa, não é destacada como elemento central de um referencial teórico, como na enfermagem. No entanto, a transição como um conceito tem sido usada na saúde e no bem-estar social pelo menos desde a década de 1930 (Lindmark et al., 2019).

As transições situacionais consistem em várias mudanças na educação e papéis profissionais. Outra transição situacional diz respeito às mudanças na família, por exemplo, a transição para a parentalidade (Schumacher & Meleis, 1994). O conceito de transição, conforme descrito na área de enfermagem, é complexo e multidimensionalmente identificado como consciência, envolvimento, mudança e diferença, intervalo de tempo, pontos críticos e eventos (Meleis et al., 2000).

Segundo Meleis (2012), o centro da prática de enfermagem é a pessoa. A enfermagem assume-se como um processo e relaciona-se com as experiências humanas de transição, onde a saúde e o bem-estar se constituem como resultados da intervenção. A transição para a parentalidade positiva é um período de tempo que pode ser encarado como transição. De acordo com Meleis (2012), as mudanças criam um processo de transição e as pessoas em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem, por sua vez, afetar a sua saúde.

A descoberta desses riscos pode ser aprimorada pela compreensão do processo de transição. A emergente teoria de transições de médio alcance consiste em tipos e padrões de transições, propriedades de experiências de transição, condições facilitadoras e inibidoras, indicadores de processo, indicadores de resultado e terapêutica de enfermagem. Na perspectiva de Meleis (2012), o enfermeiro, é um profissional que detém competências para intervir com a pessoa que vivencia processos de transições, ou seja, este trabalha com as pessoas antes, durante e depois do processo de transição. Aplicando este princípio à transição para a parentalidade positiva, os enfermeiros desempenham um papel relevante no reforço de competências e no apoio ao desenvolvimento de habilidades aos pais, possibilitando que estes tenham um papel ativo em toda a intervenção.

Importa referir, à luz do pensamento de Meleis et al. (2000), que a preparação para uma transição e o conhecimento alcançado sobre essa transição auxilia esse processo. Esse conhecimento está relacionado com o que a pessoa pode esperar desse momento, a duração da transição e as estratégias que ajudam na gestão adequada da transição. Neste sentido, no processo de transição para uma parentalidade positiva, e sendo os enfermeiros os profissionais que prestam cuidados à criança e respectivas famílias, então, assume-se como fundamental a sua intervenção que, por sua vez, devem ter como foco as transformações e exigências que essa transição pode impor. Meleis et al. (2000) postulam que os enfermeiros têm de ter sempre em consideração a premissa de que as transições nem sempre são simples, o que implica saber-se se as transições são numerosas, sequenciais ou até simultâneas, o que lhes permite compreender as transições vividas pela pessoa a quem presta cuidados, bem como compreender se esses processos de transição estão relacionados. Meleis et al. (2000) apontam que existem vários fatores que aprimoram ou inibem qualquer tipo de transição. Um desses fatores é a preparação e o conhecimento, onde o tempo suficiente para a preparação melhora positivamente a experiência de transição. Da mesma forma, adquirir conhecimento sobre o que ainda está por vir e estar apetrechado com estratégias de enfrentamento serve como um aprimorador positivo da transição (Meleis et al., 2000).

A teoria das transições de Meleis também argumenta que as pessoas devem incorporar novas questões nas suas vidas para adotar um novo estilo de vida. Este processo requer a aquisição de novos conhecimentos, bem como a mudança de comportamentos e como a pessoa se define, ou seja, se ela tem ferramentas importantes para as transições mais saudáveis em vários aspetos da vida (Meleis et al., 2000), no caso concreto a transição para a parentalidade positiva. Assim, existem diferentes tipos de transições porque este processo é muito complexo e único, podendo estar relacionados com uma mudança na fase de desenvolvimento, uma situação de vida, um processo de saúde/doença ou questões que

envolvem o ambiente social das pessoas. Além disso, também existem diferentes padrões, ou seja, podem ocorrer transições num único momento, de forma simultânea ou sequencial, podendo estar relacionadas ou não. Finalmente, essas transições têm propriedades, incluindo pontos críticos e eventos, mudança e diferença, intervalo de tempo, consciência e envolvimento (Meleis et al., 2000).

Para que os enfermeiros sejam capazes de entender o que os pais passam durante os processos de transição para a parentalidade, devem, em primeiro lugar, identificar as suas características e as características do ambiente familiar e social onde vivem, como esses fatores podem facilitar ou dificultar o processo de transição que envolve a reconstrução da sua identidade, mudança de comportamentos e aplicação novas habilidades na sua vida (Meleis et al., 2000). Por fim, é fundamental avaliar os indicadores, mostrando como os pais respondem ao processo de transição, a fim de identificar se este processo promove uma transição saudável e bem-estar ou leva a riscos e situações de vulnerabilidade (Meleis et al., 2000). Desta forma, esses indicadores podem relacionar como os pais lidam com as suas experiências no processo de transição para a parentalidade, este processo interage com as pessoas à sua volta, como família e os profissionais de saúde; como a pessoa se sente afeiçoada a eles; como está situada no tempo; e as estratégias de enfrentamento usadas neste processo (Meleis et al., 2000). Para avaliar os resultados deste processo, é importante avaliar como os pais dominam as novas competências e reconstruem a sua identidade, alcançando um processo de transição saudável. Além disso, para garantir que esses resultados sejam alcançados, o enfermeiro deve estar presente em todo o processo e fornecer conhecimento/ensinos aos pais, no caso concreto, promovendo o bem-estar de todos (Meleis et al., 2000).

Na Teoria das Transições de Afaf Meleis, os enfermeiros têm ferramentas para entender melhor os fatores envolvidos num processo de transição da vida e promoção da saúde. Para uma intervenção educativa de sucesso, os enfermeiros devem estar cientes das características deste processo, no caso, dos pais e crianças, que o experienciam e o meio onde se inserem. Neste sentido, os Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria são os profissionais de saúde que estão mais diretamente em contacto com a criança e família durante o processo de transição, tem uma visão holística desta diáde. Deste modo, estes profissionais de saúde desempenham um papel ativo na promoção de uma transição para a parentalidade positiva saudável; são fulcrais no suporte e apoio no processo da mudança, que implica a necessidade de ajustamento e/ou adaptação dos pais à sua nova condição de vida.

Após a análise da Teoria de Meleis, aplicada à transição para a parentalidade positiva, refere-se que a experiência da transição acarreta a reformulação da identidade, o que se

constitui como um processo complexo que requer tempo para a preparação e desenvolvimento de habilidades por parte dos pais. Como tal, o papel dos Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria deverá ser o de promotor da saúde familiar, pois este tem competências para facilitar a transição e apoiar a procura de soluções para satisfazer as necessidades dos pais e crianças. Por conseguinte, tem toda a relevância o estudo da parentalidade positiva em crianças dos 0 aos 3 anos, para que se possa conhecer em profundidade os aspetos relacionados com esta transição e, conseqüentemente, otimizar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica nesta área.



**PARTE III - Estudo Empírico**



### 3. Metodologia

Como forma de se contribuir para a evolução do conhecimento na área da parentalidade positiva, permitindo aos enfermeiros de saúde infantil e pediátrica no âmbito das suas competências diagnosticar as necessidades de apoio aos pais e direcionar e antecipar e adotar as intervenções mais adequadas de forma a potenciar a parentalidade positiva, surge o presente estudo, que tem como principal objetivo caracterizar o exercício da parentalidade positiva em pais e mães de crianças dos 0 aos 3 anos de idade.

Neste sentido, emergiram as seguintes questões de investigação:

- Qual a autoperceção dos pais (pai/mãe) de crianças dos 0 aos 3 anos de idade sobre o exercício da parentalidade positiva?

- Qual a influência das variáveis sociodemográficas (pai/mãe) na sua autoperceção sobre o exercício da parentalidade positiva em crianças dos 0 aos 3 anos de idade?

- Qual a influência das variáveis sociodemográficas de crianças dos 0 aos 3 anos de idade na autoperceção dos pais (pai/mãe) sobre o exercício da parentalidade positiva?

Como forma de se dar resposta à questão de investigação, delinearam-se os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Analisar a autoperceção dos pais (pai/mãe) de crianças dos 0 aos 3 anos de idade sobre o exercício da parentalidade positiva;

De forma a complementar o estudo, surgiram os seguintes objetivos específicos:

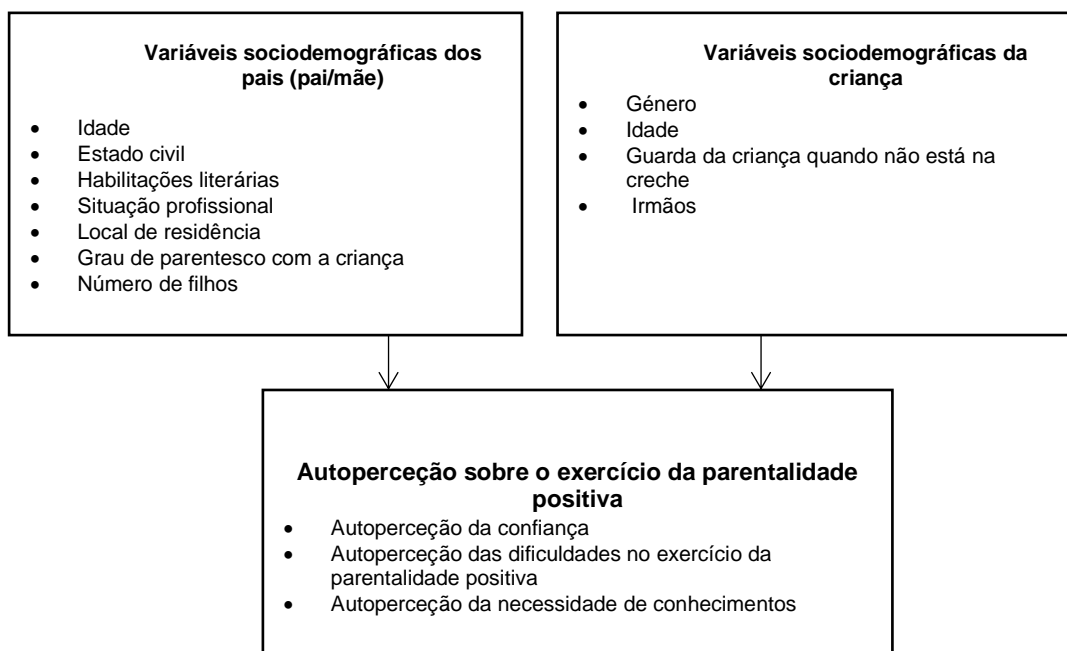
- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas (pai/mãe) na sua autoperceção sobre o exercício da parentalidade positiva em crianças dos 0 aos 3 anos de idade;

- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas de crianças dos 0 aos 3 anos de idade na autoperceção dos pais (pai/mãe) sobre o exercício da parentalidade positiva.

O estudo é de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, com enfoque transversal, numa amostra selecionada por conveniência de pais (pai/mãe) de crianças dos 0 aos 3 anos que frequentam uma creche/jardim-de-infância da região centro.

De seguida apresenta-se o esquema no qual está representada pictograficamente as relações das variáveis independentes (sociodemográficas da mãe e pai e das crianças) com a variável dependente (autoperceção sobre o exercício da parentalidade positiva) (cf. Figura 1).

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica



### 3.1. Amostra

Pais (pai/mãe) de crianças dos 0 aos 3 anos que frequentam uma creche/jardim-de-infância da região centro, de acordo com os seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- Pais (pai/mãe) de crianças dos 0 aos 3 anos;
- Aceitar participar no estudo;
- Pais (pai/mãe) de crianças frequentar a creche/jardim-de-infância locus de estudo.

A amostra ficou constituída por 90 pais (mãe/pai), que corresponde a 83 mães (92,3%) e 7 pais (7,7%) de acordo com o grau de parentesco com a criança.

### 3.1.1. Caracterização sociodemográfica dos pais

As estatísticas relativas à idade da mãe incidam um mínimo e um máximo a oscilarem entre 26 e 44 anos, correspondendo-lhe uma média de  $36,01 \pm 3,98$  anos. Quanto à idade do pai, a mesma apresenta uma variação de 26 e 49 anos, com uma média de  $37,30 \pm 4,98$  anos (cf. tabela 1).

Tabela 1: Estatísticas relativas à idade dos pais (pai/mãe)

Género	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Mãe	90	26	44	36,01	3,98	11,02	-0,35	-0,69
Pai	90	26	49	37,30	4,98	13,35	0,43	0,21

Constatou-se que prevalecem os pais com idade superior aos 35 anos (mãe 58,8% vs. pai 63,4%), com companheiro(a) (mãe 82,2% vs. pai 85,0%). Nas mães, sobressaem as que possuem o ensino superior (82,6%), enquanto nos pais, a maioria possui até ao ensino secundário (55,2%). Verificou-se que grande parte das mães está ativa profissionalmente (88,4%), o que é análogo à maioria dos pais (93,1%). Prevalece quer as mães (82,2%), quer os pais (83,4%) a residir em meio urbano (cf. tabela 2).

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos pais

Variáveis	Género	Masculino		Feminino	
		n (90)	% (100,0%)	n (90)	% (100,0)
<b>Idade</b>					
≤ 35 anos		33	36,6	37	41,2
>35 anos		57	63,4	53	58,8
<b>Estado civil</b>					
Sem companheiro(a)		14	15,0	16	17,8
Com companheiro(a)		76	85,0	74	82,2
<b>Habilitações literárias</b>					
Até ao ensino secundário		51	55,2	19	17,4
Ensino superior		39	44,8	71	82,6
<b>Situação profissional</b>					
Ativo		87	93,1	80	88,4
Não ativo		3	6,9	10	11,6
<b>Local de residência</b>					
Urbano		75	83,4	74	82,2
Rural		15	16,6	16	17,8

### 3.2. Instrumento de recolha de dados

Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário (Anexo I) que contém uma primeira parte com a caracterização geral do pai/mãe (*ad hoc*): idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional residência, grau de parentesco com a criança, número de filhos. Na segunda parte de caracterização referente à criança (género idade, guarda da criança quando não está na creche e número de irmãos), consta uma pergunta sobre com quem mora/reside a criança, seguindo-se uma escala de tipo Likert referente às características da criança, com questão de resposta fechada com três alternativas de resposta (Quase sempre ou sempre, algumas vezes, raramente ou nunca) e outra escala relativa aos apoios para cuidar da criança com duas opções de resposta (Apoios que teve, Apoios que necessitava e não teve), bem como a Escala de Parentalidade Positiva de autoria de Lopes (2012), cuja autorização para aplicação do mesmo foi solicitada e com aprovação da autora, em 22/04/2021 (saude.lobes@ipleiria.pt). A Escala de Parentalidade Positiva é composta por 40 questões que correspondem aos itens selecionados por Lopes (2012) para medição de três variáveis do exercício da parentalidade positiva. O mesmo item tem respostas tipo Likert em três colunas diferentes, sendo uma para a autoperceção da confiança dos pais, outra para a autoperceção das dificuldades dos pais e outra para a autoperceção da necessidade de conhecimentos dos pais para o exercício da parentalidade positiva, por exemplo: no item “na introdução de novos alimentos”, os pais, numa coluna, respondem de 1 (nada confiante) a 5 (muito confiante), noutra coluna de 1 (nenhuma dificuldade) a 5 (muita dificuldade) e na terceira coluna de 1 (nenhuma necessidade de conhecimentos) a 5 (muita necessidade de conhecimentos) (Lopes, 2012). A análise da sua fidedignidade e validade, através de correlações de Pearson e coeficiente alfa de Cronbach, demonstrou que as dimensões e os itens têm valores de  $\alpha$  situados entre 0,769 e 0,890 e os de  $r$  foram  $>0,37$ ;  $p < 0,01$ . Deste modo, a autora concluiu que as escalas medem três variáveis que operacionalizam o exercício da parentalidade positiva e a sua utilização possibilita direccionar o apoio de enfermagem (Lopes, 2012).

### 3.3. Procedimentos éticos e de recolha de dados

Tendo-se a consciência que qualquer processo de investigação impõe um seguimento de normas de conduta por parte dos investigadores, foram realizadas solicitudes prévias, com a finalidade de proteger o direito e a liberdade dos participantes. Assim, foi solicitada

autorização à autora da escala para a utilização da mesma no presente estudo (Anexo II). Foi pedido Parecer à Comissão de Ética do IPV, sendo emitido parecer favorável para a realização da investigação (Anexo III). São salvaguardados os direitos dos participantes e os princípios éticos fundamentais, através das diretrizes do questionário, que contemplam: o tema e o objetivo da investigação, pedido de colaboração para o preenchimento e referência à necessidade de resposta a todas as questões, garantia de anonimato e confidencialidade das respostas, agradecimento da colaboração e disponibilidade dispensadas. O questionário é de autopreenchimento, os participantes antes de responderem serão informados dos objetivos e da finalidade do estudo e do caráter voluntário da sua participação podendo aceitar ou não participar na investigação e caso pretendam desistir a qualquer momento são livres de o fazer. Será fornecido a cada participante o consentimento informado, sendo esta a forma para garantir a voluntariedade e autonomia dos participantes.

### 3.4. Análise de dados

Após a colheita de dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26.0 para a criação da base de dados e tratamento estatístico. Recorreu-se à estatística descritiva para calcular as frequências absolutas (n) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central: medidas de dispersão: medidas de tendência central: Média (M); medidas de dispersão: Desvio padrão ( $\pm$ ) e Coeficiente de variação (CV%); medida de assimetria e achatamento. Para o teste de normalidade foi utilizado o *Kolmogorov-Smirnov*. Na escolha das técnicas estatísticas, particularmente dos testes, atendeu-se à natureza e características das variáveis envolvidas e às indicações apresentadas por Pestana e Gageiro (2014). Assim, para além da estatística descritiva, fez-se também uso da estatística inferencial: Teste de U Mann Whitney usado para amostra independentes, pois permite fazer a comparação de ordenações médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais; Kruskal Wallis, um teste usado para a comparação de ordenações médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes. Em todos os testes, os valores de significância considerados foram 5%,  $p < 0.05$ .

### 3.5. Resultados

Nesta parte do trabalho faz-se a apresentação dos resultados obtidos da análise descritiva e análise inferencial, como forma de se dar resposta às questões de investigação e alcançar os objetivos delineados.

#### 3.5.1. Análise descritiva

##### Caracterização sociodemográfica da criança

No que se refere às estatísticas relativas à idade da criança, como exposto na tabela 3, esta oscila entre um mínimo de 9 meses e um máximo de 42 meses, correspondendo-lhe uma média de  $26,33 \pm 9,87$  meses.

Tabela 3: Estatísticas relativas à idade da criança em meses

	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Idade	90	9	42	26,33	9,87	33,48	-0,62	-2,61

Na tabela 4 encontram-se os resultados referentes à caracterização sociodemográfica das crianças em função do Género.

Na amostra em estudo, 56,7% das crianças são do género feminino e 43,3% do masculino, das quais 47,8% têm idade entre os 12-24 meses, sendo também expressiva a percentagem das crianças com idade superior aos 24 meses (43,3%). Numa análise por género, destaca-se, nos meninos, a idade superior os 24 meses (51,3%) e nas meninas a faixa etária dos 12-24 meses (52,9%). No que se refere à guarda da criança quando esta não está na creche, na totalidade da amostra prevalecem as que ficam à guarda do pai e da mãe (67,8%), o que é comum a ambos os géneros (masculino 79,5% vs. feminino 58,8%). Os valores dos residuais ajustados indicam diferenças estatisticamente significativas, situadas entre as meninas que ficam à guarda dos avós e da mãe e os rapazes que ficam à guarda dos pais (pai/mãe). Verifica-se que 51,1% das crianças têm irmãos, com 48,9% a serem filhos únicos. Nos meninos prevalecem os que são filhos únicos (64,1%) e nas meninas as que possuem irmãos (62,7%). Os valores dos residuais ajustados indicam diferenças estatisticamente significativas, situadas entre as meninas que têm irmãos e os meninos que são filhos únicos ( $p=0,012$ ). Registam-se valores percentuais mais elevados para as crianças que residem com os pais (mãe/pai) (45,6%) e com a mãe, pai e irmãos (43,3%). No grupo dos

meninos, prevalecem os que moram com a mãe, pai e irmãos (56,4%) e no grupo das meninas aquelas que coabitam com a mãe e o pai (52,9%).

Tabela 4: Caracterização sociodemográfica das crianças em função do gênero

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	nº (39)	% (43,3)	nº (51)	% (56,7)	nº (90)	% (100,0)	1	2		
<b>Idade</b>										
≤12 meses	3	7,7	5	9,8	8	8,9	-,3	,3	Não aplicável	
12-24 meses	16	41,0	27	52,9	43	47,8	-1,1	1,1		
>24 meses	20	51,3	19	37,3	39	43,3	1,3	-1,3		
<b>Guarda da criança quando não está na creche</b>										
Avós	0	0,0	8	15,7	8	8,9	-2,6	<b>2,6</b>	Não aplicável	
Mãe	1	2,6	11	21,6	12	13,3	-2,6	<b>2,6</b>		
Mãe e Avós	2	5,1	0	0,0	2	2,2	1,6	-1,6		
Pai e Mãe	31	79,5	30	58,8	61	67,8	<b>2,1</b>	-2,1		
Pai, Mãe e Avós	5	12,8	2	3,9	7	7,8	1,6	-1,6		
<b>Irmãos</b>										
Sim	14	35,9	32	62,7	46	51,1	-2,5	<b>2,5</b>	6,375	<b>0,012</b>
Não	25	64,1	19	37,3	44	48,9	<b>2,5</b>	-2,5		
<b>Com quem reside a criança</b>										
Mãe	1	2,6	4	7,8	5	5,6	-1,1	1,1	Não aplicável	
Mãe e Pai	14	35,9	27	52,9	41	45,6	-1,6	1,6		
Mãe, Pai e Avó(s)	2	5,1	0	0,0	2	2,2	1,6	-1,6		
Mãe, Pai e Irmã(os)	22	56,4	17	33,3	39	43,3	2,2	-2,2		
Pai	0	0,0	3	5,9	3	3,3	-1,5	1,5		

### Características da criança

No que diz respeito às características da criança, como apresentado na tabela 5, constatou-se que estão em maioria 55,1% das crianças sossegadas algumas vezes, o que é comum a uma percentagem mais elevada de meninos (57,9%) e de meninas (52,9%). Observou-se que 66,7% das crianças são irrequietas algumas vezes, uma prevalência idêntica para ambos os gêneros (meninos 38,5% vs. meninas 88,2%), com os residuais ajustados a indicarem diferenças estatisticamente significativas entre os meninos que quase sempre/sempre estão irrequietos e raramente/nunca e as meninas algumas vezes ( $p=0,000$ ). Apurou-se que 51,1% das crianças choram muito raramente/nunca e 48,9% algumas vezes. Numa análise por gênero, nos meninos prevalecem os que choram muito algumas vezes (51,3%) e nas meninas as que choram muito raramente/nunca (52,9%). A maioria das crianças (66,7%) raramente/nunca dorme mal, uma prevalência em ambos os gêneros (meninos 66,7% vs. meninas 66,7%). Maioritariamente, as crianças fazem birras algumas vezes (70,0%), sendo comum a 79,5% dos meninos e a 62,7% das meninas. Estão em maioria as crianças que algumas vezes exigem muita atenção (47,8%), secundadas pelas que exigem muita atenção quase sempre/sempre. Em ambos os gêneros prevalecem as crianças que

exigem muita atenção algumas vezes (meninos 43,6% vs. meninas 51,0%). Quase a totalidade das crianças (82,2%) tem raramente/nunca problemas de saúde, com uma representatividade de todo os meninos (100,0%) e de 68,6% de meninas, com diferenças estatisticamente significativas, como indicam os residuais ajustados, entre as meninas com problemas de saúde algumas vezes e os meninos com raramente/nunca problemas de saúde ( $p=0,001$ ). Quase todas as crianças (82,2%) raramente/nunca são difíceis de alimentar, o que ocorre na maioria dos meninos (87,2%) e das meninas (78,4%). Há um predomínio de crianças que brincam algumas vezes sozinhas (75,6%), o que é prevalecente em ambos os géneros (meninos 74,4% vs. meninas 76,5%). Verifica-se que 52,2% das crianças brincam algumas vezes com o pai e 47,8% quase sempre/sempe. No grupo dos meninos prevalecem os que brincam quase sempre/sempe com o pai (56,4%) e no grupo das meninas as que o fazem algumas vezes (58,8%). Constata-se que 52,9% das crianças brincam quase sempre/sempe com a mãe e 47,1% algumas vezes. Numa análise por género, nos meninos prevalecem os que brincam quase sempre/sempe com a mãe (56,4%) e no grupo das meninas metade brinca quase sempre/sempe com a mãe e a outra metade algumas vezes (50,0%, respetivamente).

Tabela 5: Características das crianças em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Masculino		nº	%	nº	%	1	2		
	nº	%	nº	%	nº	%				
	(39)	(43,3)	(51)	(56,7)	(90)	(100,0)				
<b>Sossegada</b>										
Quase sempre/ Sempre	15	39,5	20	39,2	35	39,3	,0	,0	Não aplicável	
Algumas vezes	22	57,9	27	52,9	49	55,1	,5	-,5		
Raramente/Nunca	1	2,6	4	7,8	5	5,6	-1,1	1,1		
<b>Irrequieta</b>									24,987	<b>0,000</b>
Quase sempre/ Sempre	12	30,8	4	7,8	16	17,8	<b>2,8</b>	-2,8		
Algumas vezes	15	38,5	45	88,2	60	66,7	-5,0	<b>5,0</b>		
Raramente / Nunca	12	30,8	2	3,9	14	15,6	<b>3,5</b>	-3,5		
<b>Chora muito</b>									0,158	0,691
Algumas vezes	20	51,3	24	47,1	44	48,9	,4	-,4		
Raramente / Nunca	19	48,7	27	52,9	46	51,1	-,4	,4		
<b>Dorme mal</b>									0,000	1,000
Algumas vezes	13	33,3	17	33,3	30	33,3	,0	,0		
Raramente / Nunca	26	66,7	34	66,7	60	66,7	,0	,0		
<b>Faz muitas birras</b>									Não aplicável	
Quase sempre / Sempre	2	5,1	0	0,0	2	2,2	1,6	-1,6		
Algumas vezes	31	79,5	32	62,7	63	70,0	1,7	-1,7		
Raramente / Nunca	6	15,4	19	37,3	25	27,8	-2,3	2,3		
<b>Exige muita atenção</b>									0,567	0,753
Quase sempre / Sempre	15	38,5	18	35,3	33	36,7	,3	-,3		
Algumas vezes	17	43,6	26	51,0	43	47,8	-,7	,7		
Raramente / Nunca	7	17,9	7	13,7	14	15,6	,5	-,5		
<b>Com problemas de saúde</b>									14,881	<b>0,001</b>
Quase sempre / Sempre	0	0,0	3	5,9	3	3,3	-1,5	1,5		
Algumas vezes	0	0,0	13	25,5	13	14,4	-3,4	<b>3,4</b>		
Raramente / Nunca	39	100,0	35	68,6	74	82,2	<b>3,9</b>	-3,9		
<b>Difícil de alimentar</b>									1,157	0,282
Algumas vezes	5	12,8	11	21,6	16	17,8	-1,1	1,1		
Raramente / Nunca	34	87,2	40	78,4	74	82,2	1,1	-1,1		
<b>Brinca sozinha</b>									Não aplicável	
Quase sempre / Sempre	4	10,3	12	23,5	16	17,8	-1,6	1,6		
Algumas vezes	29	74,4	39	76,5	68	75,6	-,2	,2		
Raramente / Nunca	6	15,4	0	0,0	6	6,7	2,9	-2,9		
<b>Brinca com o pai</b>									2,056	0,152
Quase sempre / Sempre	22	56,4	21	41,2	43	47,8	1,4	-1,4		
Algumas vezes	17	43,6	30	58,8	47	52,2	-1,4	1,4		
<b>Brinca com a mãe</b>									0,355	0,551
Quase sempre / Sempre	22	56,4	24	50,0	46	52,9	,6	-,6		
Algumas vezes	17	43,6	24	50,0	41	47,1	-,6	,6		

### Apoios para cuidar da criança

Quanto aos apoios para cuidar da criança, conforme apresentado na tabela 6, verificou-se que a grande maioria dos pais (pai/mãe) tiveram apoio quando necessitaram, particularmente do cônjuge/parceiro (95,6%), dos amigos (93,0%), dos enfermeiros (91,3%), informação escrita/livros/revistas (86,0%), dos médicos (85,6%), da Internet (81,8%). Todavia, refere-se que 20,5% referiram não ter tido apoio quando necessitaram dos avós da criança, 36,4% de outros familiares, 25,5% de guias de orientação elaborados por profissionais, com destaque para as visitas de enfermeiros a casa (68,8%) e o acesso telefónico a Enfermeiro Especialista (61,0%).

Tabela 6: Apoios para cuidar das crianças

Variáveis	n	%
<b>Cônjuge/Parceiro</b>		
Apoio que teve	86	<b>95,6</b>
Apoio que necessitava e não teve	4	4,4
<b>Avós da criança</b>		
Apoio que teve	62	<b>79,5</b>
Apoio que necessitava e não teve	16	20,5
<b>Outros familiares</b>		
Apoio que teve	35	<b>63,6</b>
Apoio que necessitava e não teve	20	36,4
<b>Guias de orientação elaborados por profissionais</b>		
Apoio que teve	38	<b>74,5</b>
Apoio que necessitava e não teve	13	25,5
<b>Informação Escrita/Livros/revistas</b>		
Apoio que teve	49	<b>86,0</b>
Apoio que necessitava e não teve	8	14,0
<b>Médicos</b>		
Apoio que teve	77	<b>85,6</b>
Apoio que necessitava e não teve	13	14,4
<b>Enfermeiros</b>		
Apoio que teve	63	<b>91,3</b>
Apoio que necessitava e não teve	6	8,7
<b>Acesso telefónico a Enfermeiro Especialista</b>		
Apoio que teve	23	39,0
Apoio que necessitava e não teve	36	<b>61,0</b>
<b>Visitas de enfermeiros a casa</b>		
Apoio que teve	15	31,3
Apoio que necessitava e não teve	33	<b>68,8</b>
<b>Outros pais</b>		
Apoio que teve	7	23,3
Apoio que necessitava e não teve	23	<b>76,7</b>
<b>Amigos</b>		
Apoio que teve	40	<b>93,0</b>
Apoio que necessitava e não teve	3	7,0
<b>Vizinhos</b>		
Apoio que teve	19	<b>70,4</b>
Apoio que necessitava e não teve	8	29,6
<b>Internet</b>		
Apoio que teve	27	<b>81,8</b>
Apoio que necessitava e não teve	6	18,2

### Exercício da parentalidade positiva

Na tabela 7 apresenta-se os dados das dimensões da Escala de Autoperceção da Exercício da Parentalidade Positiva. A dimensão autoperceção das dificuldades é a que apresenta um valor médio mais elevado ( $M=109,32\pm 25,53$ ), seguindo-se a a autoperceção das necessidades de conhecimentos ( $M=108,89\pm 23,98$ ), sendo a dimensão autoperceção da confiança a que apresenta um valor médio ligeiramente mais baixo ( $M=104,99\pm 31,85$ ).

Tabela 7: Exercício da parentalidade positiva

Exercício da parentalidade positiva	N	Min	Max	Média	DP (±)
Autopercepção da confiança		8	137	104,99	31,85
Autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva	90	33	141	<b>109,32</b>	25,53
Autopercepção da necessidade de conhecimentos		44	142	108,89	23,98

### **Idade da criança em que as dificuldades no exercício da parentalidade foram mais sentidas**

A tabela 8 comporta a informação sobre as dificuldades sentidas no exercício da parentalidade, tendo em conta a idade da criança, por dimensões. Dos participantes que referiram dificuldades no primeiro mês de vida da criança, em 27,7% essas dificuldades foram na satisfação das necessidades físicas, saúde e segurança da criança, seguindo-se as dificuldades na comunicação positiva (19,7%) e ainda com expressividade os que mencionaram as dificuldades em termos de desenvolvimento/comportamento/estimulação (12,5%). Dos participantes que aludiram dificuldades na idade da criança de 1 aos 3 meses, em 26,5%, valor mais elevado, também foi na satisfação das necessidades básicas, saúde e segurança da criança. Dos participantes com dificuldades na idade da criança dos 4 aos 7 meses, sobressaem 12,0% de dificuldades relacionadas com a satisfação das necessidades básicas, saúde e segurança da criança. Dos participantes que tiveram dificuldades dos 8 aos 12 meses da criança, prevalecem os que indicaram as dificuldades no desenvolvimento/comportamento/estimulação (31,9%), seguindo-se as dificuldades com a disciplina positiva. Dos participantes que tiveram dificuldades entre os 1-2 anos, as mais evidentes recaíram na comunicação positiva (30,3%) e na disciplina positiva (42,3%). Dos participantes que mencionaram dificuldades em idades da criança dos 2-3 anos, há um predomínio de dificuldades ao nível da disciplina positiva da criança (52,1%), seguindo-se as dificuldades no desenvolvimento/comportamento/estimulação (31,9%).

Tabela 8: Idade da criança em que as dificuldades no exercício da parentalidade foram mais sentida

Dificuldades	n	%
<b>Necessidades físicas/saúde/segurança</b>		
No 1º mês	23	27,7
1-3 meses	22	26,5
4-7 meses	10	12,0
8-12 meses	12	14,5
1-2 anos	15	18,1
2-3 anos	1	1,2
<b>Desenvolvimento/comportamento/estimulação</b>		
No 1º mês	9	12,5
1-3 meses	3	4,2
4-7 meses	4	5,6
8-12 meses	23	31,9
1-2 anos	10	13,9
2-3 anos	23	31,9
<b>Comunicação positiva</b>		
No 1º mês	15	19,7
1-3 meses	6	7,9
4-7 meses	5	6,6
8-12 meses	22	28,9
1-2 anos	23	30,3
2-3 anos	5	6,6
<b>Disciplina positiva</b>		
1-3 meses	1	1,4
4-7 meses	3	4,2
1-2 anos	30	42,3
2-3 anos	37	52,1

#### Em síntese:

- 56,7% das crianças são do género feminino e 43,3% do masculino;
- prevalecem as crianças com idade entre os 12-24 meses (47,8%);
- 67,8%, quando esta não está na creche, ficam à guarda do pai e da mãe;
- 51,1% têm irmãos e 48,9% são filhas únicas;
- 45,6% residem com os pais (mãe/pai) e 43,3% com a mãe, pai e irmãos;
- Características das crianças: 55,1% das crianças são sossegadas algumas vezes, 66,7% são irrequietas algumas vezes, 51,1% choram muito raramente/nunca e 48,9% algumas vezes, 66,7% raramente/nunca dorme mal, 70,0% fazem birras algumas vezes, 47,8% algumas vezes exigem muita atenção, 82,2% têm raramente/nunca problemas de saúde, 82,2% raramente/nunca são difíceis de alimentar, 75,6% brincam algumas vezes sozinhas, 52,2% brincam algumas vezes com o pai e 47,8% quase sempre/sempre, 52,9% brincam quase sempre/sempre com a mãe e 47,1% algumas vezes;
- Apoios para cuidar da criança: maioritariamente, os pais (pai/mãe) tiveram apoio quando necessitaram, particularmente do cônjuge/parceiro (95,6%), dos amigos (93,0%), dos enfermeiros (91,3%), informação escrita/livros/revistas (86,0%), dos médicos (85,6%), da Internet (81,8%); 20,5% não tiveram apoio quando necessitaram dos avós da criança, 36,4% de outros familiares, 25,5% de guias de orientação

elaborados por profissionais, visitas domiciliares (68,8%) e acesso telefónico a Enfermeiro Especialista (61,0%);

- Autoperceção da Exercício da Parentalidade Positiva: a autoperceção das dificuldades tem um valor médio mais elevado ( $M=109,32\pm 25,53$ ), sendo a autoperceção da confiança a que apresenta um valor médio ligeiramente mais baixo ( $M=104,99\pm 31,85$ );
- Dificuldades sentidas no exercício da parentalidade tendo em conta a idade da criança: no primeiro mês de vida da criança, em 27,7% essas dificuldades foram na satisfação das necessidades físicas, saúde e segurança da criança, bem como na idade da criança de 1 aos 3 meses (26,5%) e nas crianças dos 4 aos 7 meses (12,0%); dos participantes que tiveram dificuldades dos 8 aos 12 meses da criança, 31,9% indicaram as dificuldades no desenvolvimento/comportamento/estimulação, seguindo-se as dificuldades com a disciplina positiva; dos participantes que tiveram dificuldades entre os 1-2 anos, as mais evidentes recaíram na comunicação positiva (30,3%) e na disciplina positiva (42,3%); em idades da criança dos 2-3 anos, há um predomínio de dificuldades na disciplina positiva da criança (52,1%) e no desenvolvimento/comportamento/estimulação (31,9%).

### 3.5.2. Estatística inferencial

#### Relação entre o exercício da parentalidade positiva e as características dos participantes

Constatou-se que a idade da mãe não interferiu estatisticamente no exercício da parentalidade positiva, uma vez que o valor de  $p > 0,05$ . No entanto, pelos valores de ordenação média, as mães mais novas revelaram melhor autoperceção da confiança no exercício da parentalidade positiva e mais autoperceção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva, sendo as mais velhas as que manifestaram mais a necessidade de conhecimentos (cf. tabela 9).

Tabela 9: Relação entre a parentalidade positiva e a idade da mãe

Exercício da parentalidade positiva	Idade da mãe		UMW	p
	≤35 anos	>35 anos		
Autoperceção da confiança	47,73	41,24	787,000	0,234
Autoperceção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva	45,42	40,20	761,500	0,330
Autoperceção da necessidade de conhecimentos	38,00	46,04	703,000	0,133

Verificou-se que a idade dos pais também não interferiu estatisticamente no exercício da parentalidade positiva, uma vez que o valor de  $p > 0,05$ . Todavia, com base nos valores de ordenação média, os pais mais novos revelaram melhor autopercepção da confiança no exercício da parentalidade positiva e mais autopercepção da necessidade de conhecimentos, sendo os que possuíam mais idade os que apresentaram mais autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva (cf. tabela 10).

Tabela 10: Relação entre a parentalidade positiva e a idade do pai

Exercício da parentalidade positiva	Idade do pai		UMW	p
	≤35 anos	>35 anos		
	OM	OM		
Autopercepção da confiança	<b>47,47</b>	42,89	791,500	0,420
Autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva	40,95	<b>44,18</b>	773,500	0,562
Autopercepção da necessidade de conhecimentos	<b>43,39</b>	42,78	825,000	0,913

Apurou-se que o estado civil da mãe teve interferência estatisticamente significativa na autopercepção da confiança no exercício da parentalidade positiva ( $p = 0,025$ ), onde se destacaram as que não possuem companheiro, sendo estas também as que apresentaram valores de ordenação média mais elevados na autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva e da necessidade de conhecimentos (cf. tabela 11).

Tabela 11: Relação entre a parentalidade positiva e o estado civil da mãe

Exercício da parentalidade positiva	Estado civil da mãe		UMW	p
	Sem companheiro	Com companheiro		
	OM	OM		
Autopercepção da confiança	<b>56,09</b>	40,62	358,500	<b>0,025</b>
Autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva	<b>49,09</b>	40,31	422,500	0,190
Autopercepção da necessidade de conhecimentos	<b>50,16</b>	40,05	405,500	0,131

O estado civil do pai não interferiu estatisticamente na autopercepção da confiança no exercício da parentalidade positiva, sendo o valor de  $p > 0,05$ . Porém, os valores de ordenação média são mais elevados nas três dimensões para os pais sem companheira (cf. tabela 12).

Tabela 12: Relação entre a parentalidade positiva e o estado civil do pai

Exercício da parentalidade positiva	Estado civil do pai		UMW	p
	Sem companheira	Com companheira		
	OM	OM		
Autopercepção da confiança	<b>54,04</b>	42,36	2,868	0,238
Autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva	<b>48,18</b>	42,30	3,211	0,201
Autopercepção da necessidade de conhecimentos	<b>48,25</b>	42,26	3,122	0,210

Verificou-se que as habilitações literárias da mãe não interferiram estatisticamente na autopercepção que estas têm acerca do exercício da parentalidade positiva, pois o valor de  $p > 0,05$  nas três dimensões. Quando analisados os valores de ordenação média, constata-se que as mães com o ensino superior são as que apresentam valores mais elevados em todas as dimensões (cf. tabela 13).

Tabela 13: Relação entre e a parentalidade positiva as habilitações literárias da mãe

Exercício da parentalidade positiva	Habilitações literárias da mãe		UMW	p
	Até ao ensino secundário	Ensino superior		
	OM	OM		
Autopercepção da confiança	37,90	<b>44,68</b>	448,500	0,337
Autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva	34,40	<b>43,68</b>	396,000	0,177
Autopercepção da necessidade de conhecimentos	35,60	<b>43,41</b>	414,000	0,255

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias do pai e a sua autopercepção sobre o exercício da parentalidade positiva. Contudo, sobressaíram os pais com o ensino superior, onde os valores de ordenação média são mais elevados na autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva e autopercepção da necessidade de conhecimentos (cf. tabela 14).

Tabela 14: Relação entre a parentalidade positiva e as habilitações literárias do pai

Exercício da parentalidade positiva	Habilitações literárias do pai		UMW	p
	Até ao ensino secundário	Ensino superior		
	OM	OM		
Autopercepção da confiança	46,30	<b>41,17</b>	825,500	0,344
Autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva	41,07	<b>44,40</b>	795,500	0,535
Autopercepção da necessidade de conhecimentos	40,70	<b>44,90</b>	777,500	0,434

A situação profissional da mãe teve relevância estatisticamente significativa na autopercepção da necessidade de conhecimentos ( $p = 0,008$ ), onde o valor de ordenação média mais elevada corresponde às mães não ativas profissionalmente (cf. tabela 15).

Tabela 15: Relação entre a parentalidade positiva e a profissão da mãe

Exercício da parentalidade positiva	Situação profissional da mãe		UMW	p
	Ativo	Não ativo		
	OM	OM		
Autopercepção da confiança	42,20	<b>53,35</b>	281,500	0,183
Autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva	40,41	<b>53,60</b>	249,000	0,104
Autopercepção da necessidade de conhecimentos	39,42	<b>60,80</b>	177,000	<b>0,008</b>

Existiram diferenças estatisticamente significativas na relação entre a situação profissional do pai e a autopercepção da confiança ( $p=0,006$ ), onde o valor de ordenação média mais elevada corresponde aos pais não ativos profissionalmente (cf. tabela 16).

Tabela 16: Relação entre a parentalidade positiva e a profissão do pai

Exercício da parentalidade positiva	Situação profissional do pai		UMW	p
	Ativo	Não ativo		
	OM	OM		
Autopercepção da confiança	42,00	<b>71,00</b>	81,000	<b>0,006</b>
Autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva	41,28	<b>58,42</b>	138,500	0,097
Autopercepção da necessidade de conhecimentos	41,34	<b>57,58</b>	143,500	0,116

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a parentalidade positiva a zona de residência da mãe, tendo em conta as três dimensões, uma vez que o valor de  $p>0,05$ . No entanto, ao observarem-se os valores de ordenação média, as mães residentes em meio urbano pontuaram mais na autopercepção da confiança, enquanto as residentes em meio rural pontuaram mais na autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva e da necessidade de conhecimentos (cf. tabela 17).

Tabela 17: Relação entre a parentalidade positiva e a zona de residência da mãe

Exercício da parentalidade positiva	Zona de residência da mãe		UMW	p
	Urbana	Rural		
	OM	OM		
Autopercepção da confiança	<b>44,08</b>	39,92	401,000	0,591
Autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva	40,60	<b>50,29</b>	326,500	0,197
Autopercepção da necessidade de conhecimentos	41,06	<b>47,58</b>	359,000	0,385

A zona de residência do pai não interferiu estatisticamente nas três dimensões da autopercepção da parentalidade positiva, pois o valor de  $p>0,05$ . Porém, pelos valores de ordenação média, os pais residentes em meio urbano pontuaram mais na autopercepção da confiança, enquanto os residentes em meio rural pontuaram mais na autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva e da necessidade de conhecimentos (cf. tabela 18).

Tabela 18: Relação entre a parentalidade positiva e a zona de residência do pai

Exercício da parentalidade positiva	Zona de residência do pai		UMW	p
	Urbana	Rural		
	OM	OM		
Autopercepção da confiança	<b>44,43</b>	41,29	417,500	0,688
Autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva	40,70	<b>53,29</b>	302,500	0,097
Autopercepção da necessidade de conhecimentos	41,15	<b>50,58</b>	335,000	0,215

Não existiu relação estatisticamente significativa entre as três dimensões da autopercepção da parentalidade positiva e o grau de parentesco com a criança, tendo-se obtido um valor de  $p > 0,05$ . Contudo, foram os pais que pontuaram mais na dimensão autopercepção da confiança, enquanto as mães pontuaram mais na autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva e da necessidade de conhecimentos (cf. tabela 19).

Tabela 19: Relação entre a parentalidade positiva e o grau de parentesco com a criança

Grau de parentesco com a criança	Mãe	Pai	UMW	p
	OM	OM		
<b>Exercício da parentalidade positiva</b>				
Autopercepção da confiança	44,78	<b>48,00</b>	231,000	0,768
Autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva	<b>44,81</b>	26,00	135,000	0,075
Autopercepção da necessidade de conhecimentos	<b>44,78</b>	26,50	138,000	0,083

### Relação entre o exercício da parentalidade positiva e as características da criança

O género da criança não interferiu estatisticamente na autopercepção que os pais têm do exercício da parentalidade positiva, dado que se obteve um valor de  $p > 0,05$  para as três dimensões. Todavia, são os participantes cuja criança é do género masculino que apresentam um valor de ordenação média mais elevada na autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva, sendo os que a criança é do género feminino os que pontuaram mais na autopercepção da necessidade de conhecimentos (cf. tabela 20).

Tabela 20: Relação entre a parentalidade positiva e o género da criança

Género da criança	Masculino	Feminino	UMW	p
	OM	OM		
<b>Exercício da parentalidade positiva</b>				
Autopercepção da confiança	<b>44,99</b>	45,89	974,500	0,870
Autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva	<b>44,43</b>	43,70	902,500	0,894
Autopercepção da necessidade de conhecimentos	42,69	<b>44,92</b>	871,000	0,685

Referente à idade não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre a autopercepção que os pais têm do exercício da parentalidade positiva, dado que se obteve um valor de  $p > 0,05$  para as três dimensões. Ao analisarem-se os valores de ordenação média, constata-se que os pais (pai/mãe) de crianças com idade entre os 12-24 meses pontuaram mais na autopercepção da necessidade de conhecimentos e os que a criança tem mais de 24 meses na autopercepção da confiança e das dificuldades no exercício da parentalidade positiva (cf. tabela 21).

Tabela 21: Relação entre a parentalidade positiva e a idade da criança

Exercício da parentalidade positiva	Idade da criança			X <sup>2</sup>	p
	≤12 meses	12-24 meses	>24 meses		
Autopercepção da confiança	27,75	44,81	<b>49,90</b>	4,862	0,088
Autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva	29,88	42,03	<b>48,92</b>	4,238	0,120
Autopercepção da necessidade de conhecimentos	31,38	<b>46,39</b>	44,14	2,362	0,307

**Em síntese:**

O estado civil da mãe interfere na autopercepção da confiança no exercício da parentalidade positiva ( $p=0,025$ ); a situação profissional da mãe teve relevância estatisticamente significativa na autopercepção da necessidade de conhecimentos ( $p=0,008$ ); existem diferenças estatisticamente significativas na relação entre a situação profissional do pai e a autopercepção da confiança ( $p=0,006$ ).

**3.6. Discussão dos resultados**

O presente estudo foi realizado com uma amostra de 90 pais de crianças com idade entre os 9 meses e os 42 meses, correspondendo-lhe uma média de  $26,33 \pm 9,87$  meses, com destaque para as que possuíram entre 12-24 meses (47,8%) e mais de 24 meses (43,3%), sendo 56,7% das crianças do género feminino e 43,3% do masculino, a frequentarem uma creche/jardim-de-infância da região centro. As mães apresentaram uma idade média de  $36,01 \pm 3,98$  anos e os pais tiveram uma média de  $37,30 \pm 4,98$  anos, quanto ao estado civil a maioria dos pais (pai/ mãe) tem companheiro. Nas mães, sobressaíram as que possuem o ensino superior, enquanto nos pais, a maioria possuía até ao ensino secundário. Verificou-se que grande parte das mães e dos pais está ativa profissionalmente, sendo residentes, na sua maioria, em meio urbano. Na maior parte dos casos, quem respondeu ao questionário foram as mães das crianças, o que demonstra a tendência de em questões de saúde e a nível educacional dos filhos as mães continuam a ser as que assumem mais esta responsabilidade.

Os dados disponibilizados pelos participantes no estudo referentes às características das crianças revelaram que a maioria (55,1%) é sossegada algumas vezes, 66,7% inquietas algumas vezes, 51,1% choram muito raramente/nunca, predominando também as que raramente/nunca dormem mal (66,7%), fazendo 70,0% muitas birras algumas vezes, requerendo 47,8% algumas vezes atenção e grande parte (82,2%) raramente/nunca tem problemas de saúde. Quase todas as crianças (82,2%) raramente/nunca são difíceis de alimentar, brincam algumas vezes sozinhas (75,6%), com prevalência também das que brincam algumas vezes com o pai (52,2%) e quase sempre/sempre com a mãe (52,9%).

Quanto aos apoios para cuidar da criança, conforme os dados disponibilizados pelos participantes, constatou-se que a grande maioria dos pais (pai/mãe) tiveram apoio quando necessitaram, particularmente do cônjuge/parceiro (95,6%), dos amigos (93,0%), dos enfermeiros (91,3%), informação escrita/livros/revistas (86,0%), dos médicos (85,6%), da Internet (81,8%). Todavia, refere-se que 20,5% referiram não ter tido apoio quando necessitaram dos avós da criança, 36,4% de outros familiares, 25,5% de guias de orientação elaborados por profissionais, com destaque para as visitas de enfermeiros a casa (68,8%) e o acesso telefónico a Enfermeiro Especialista (61,0%). Neste âmbito assume muita importância a visita domiciliária para averiguar o bem-estar da criança e da família, compreender o meio onde está inserida, o que é uma vantagem para facilitar a parentalidade positiva. Todavia, salvaguarda-se que nos últimos dois anos, o que corresponde praticamente à idade das crianças em estudo, com a pandemia as visitas não foram realizadas.

De acordo com Meleis et al. (2000), no exercício da parentalidade positiva, à luz da perspectiva transacional, deve ter-se sempre em consideração a idade da criança, as suas características, a consciência e o compromisso dos pais (pai/mãe) face às mesmas, ou seja, a temporalidade, bem como as responsabilidades dos pais na identificação das atividades que têm de realizar, necessitando, muitas vezes, do apoio/ajuda de familiares, amigos e de profissionais de saúde. No estudo de Lopes (2012), os pais também tiveram mais apoio do médico, seguindo-se o enfermeiro, o que não ocorreu no presente estudo, embora estes dois profissionais de saúde tivessem ajudado quando houve necessidade, os enfermeiros foi o mais salientado pelos participantes. Estes dados também revelam o apoio é uma estratégia muito utilizada pelos pais para que possam dar resposta às situações de dificuldade, evidenciando, simultaneamente, que estes precisam de apoio no exercício da parentalidade. Neste âmbito, a intervenção de enfermagem deve basear-se na parceria com a família, no processo educativo, contribuindo para a formação de competências, independência e reorganização pessoal. O apoio da enfermagem deve ser holístico, no reconhecimento das necessidades de apoio aos pais, como forma de os ajudar a encontrar fatores protetores positivos que fortalecem a sua relação com os filhos, entre os quais se destacam os meios para os pais saberem responder às necessidades da criança num relacionamento positivo, ter mais “conhecimento do desenvolvimento normal da criança e o tipo de apoio e disciplina em cada fase” (Lopes, 2012, p. 31). Uma transição bem-sucedida para a parentalidade é um processo de construção para a parentalidade positiva precoce (Sourander et al., 2010).

Constatou-se que em 27,7% dos participantes que referiram dificuldades no primeiro mês de vida da criança houve um predomínio da satisfação das necessidades físicas, saúde e segurança da criança. Dos que mencionaram dificuldades na idade da criança de 1 aos 3 meses, em 26,5%, valor mais elevado, também foi na satisfação das necessidades básicas,

saúde e segurança da criança. Dos participantes com dificuldades na idade da criança dos 4 aos 7 meses, sobressaem 12,0% de dificuldades relacionadas com a satisfação das necessidades básicas, saúde e segurança da criança. Dos participantes que tiveram dificuldades dos 8 aos 12 meses da criança, prevalecem os que indicaram as dificuldades no desenvolvimento/comportamento/estimulação (31,9%). Dos participantes que tiveram dificuldades entre os 1-2 anos, as mais evidentes recaíram na comunicação positiva (30,3%) e na disciplina positiva (42,3%). Dos participantes que mencionaram dificuldades em idades da criança dos 2-3 anos, há um predomínio de dificuldades ao nível da disciplina positiva da criança (52,1%), seguindo-se as dificuldades no desenvolvimento/comportamento/estimulação (31,9%). Estes resultados corroboram com os encontrados por Lopes (2012).

Mediante estes resultados, torna-se fundamental que os pais sejam apoiados em todas as fases de crescimento dos seus filhos, ajudando-os a estabelecer a construção de objetivos pessoais que otimizem a potencialidade de saberem lidar com as dificuldades inerentes às transições próprias da parentalidade. Há muito que se entende que a transição para a parentalidade pode ser um momento stressante e difícil para os pais (Gilmer et al., 2016). Para os ajudar neste tempo desafiante, é importante apostar-se num maior apoio aos pais, sendo este um processo que envolve o desenvolvimento de conhecimentos sobre as necessidades físicas da criança, sobre a segurança da criança, desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança, ao nível da comunicação positiva com a criança, disciplina e interação positiva com a criança.

Neste sentido, o enfermeiro deve partir da compreensão, atitudes e aquisição de conhecimentos e competências sobre o desenvolvimento quer dos pais, quer das crianças e acerca das relações entre esta díade. Como tal, pode intervir-se em programas de educação parental com a convicção de que o aumento do conhecimento reduzirá o stresse parental, melhorará o conhecimento e a consciência de comportamentos e atividades parentais saudáveis, bem como promoverá relações saudáveis entre pais e filhos, dando lugar a uma parentalidade positiva. A educação parental refere-se, assim, a uma série de atividades concebidas para abordar as necessidades específicas de aprendizagem que promovam o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico e social da criança de forma harmoniosa (Sourander et al., 2010; Gilmer et al., 2016).

Constatou-se que existe relação entre o exercício da parentalidade positiva e o estado civil da mãe, e a situação profissional dos pais (pai/mãe). Assim, o estado civil da mãe interfere na autoperceção da confiança no exercício da parentalidade positiva ( $p=0,025$ ); existem diferenças estatisticamente significativas na relação entre a situação profissional do pai e a autoperceção da confiança ( $p=0,006$ ), onde o valor de ordenação média mais elevada

corresponde aos pais não ativos profissionalmente. A situação profissional da mãe apenas teve relevância estatisticamente significativa na autopercepção da necessidade de conhecimentos ( $p=0,008$ ), onde o valor de ordenação média mais elevada corresponde às mães não ativas profissionalmente.

Assim, foram as mães sem companheiro que revelaram mais autopercepção da confiança no exercício da parentalidade positiva, maior autopercepção das dificuldades e maior autopercepção da necessidade de conhecimentos. Destacam-se as mães que não possuem companheiro e as não ativas profissionalmente com níveis de ordenação média mais elevados na autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva e da necessidade de conhecimentos. Os pais (pai) não ativos profissionalmente também são os que apresentam valores de ordenação média mais elevados nas três dimensões do exercício da parentalidade positiva, existindo diferenças estatisticamente significativas na relação entre a situação profissional do pai e a autopercepção da confiança ( $p=0.006$ )

No estudo de Lopes (2012), as diferenças no exercício da parentalidade incidiram sobretudo entre os participantes (pai/mãe) com o ensino básico e os que possuíam o ensino superior para todas as dimensões. As diferenças mais significativas ocorreram na autopercepção das dificuldades nas dimensões segurança entre os participantes com o ensino básico incompleto e os participantes com ensino superior e na comunicação positiva entre os participantes com o ensino básico e os participantes com ensino superior. Gallegos et al. (2020) e Butler et al. (2020) referem que, independentemente das características sociodemográficas dos pais, estes influenciam fortemente as primeiras experiências de vida de uma criança e a trajetória do seu desenvolvimento cognitivo, emocional, comportamental e social ao longo da vida. O apoio aos pais para enfrentarem os desafios do seu papel ao nível dos cuidados à criança é considerado como uma forma de investimento social. Evidências substanciais sugerem que as intervenções parentais, frequentemente baseadas nos princípios da teoria da aprendizagem social, têm o potencial de promover a parentalidade positiva para melhorar a saúde e o bem-estar de pais e filhos. Butler et al. (2020) acrescentam que os programas de transição para a parentalidade são eficazes para melhorar a saúde mental dos pais, o seu funcionamento psicossocial e melhorar os resultados educacionais, emocionais e comportamentais entre as crianças, num ambiente de parentalidade positiva.

O estudo da relação entre o exercício da parentalidade positiva e as características da criança revelou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas, contrariamente ao estudo de Lopes (2012), onde foi registada a presença de correlação positiva e estatisticamente significativa. Face a estes resultados importa salientar que todas essas áreas de desenvolvimento da criança estão interligadas e cada uma depende e influencia as outras. Nos primeiros três anos de vida, as experiências e as relações estimulam o desenvolvimento

das crianças. Este é o momento em que são lançadas as bases para a aprendizagem, a saúde e o comportamento ao longo da vida (Assis et al., 2021). À luz da teoria de Bronfenbrenner, o desenvolvimento é um processo recíproco que resulta da interação dos vários sistemas que o constituem. Deste modo, a transição da criança entre “cada um desses ambientes e a qualidade relacional nele estabelecida, influenciarão o trajeto desenvolvimental” (Assis et al., 2021, p. 5).

Neste sentido, o desenvolvimento da criança é caracterizado pela interação entre os processos de transformação e de continuidade ao longo das várias fases do seu ciclo vital, onde os pais, no exercício da parentalidade, desempenham uma multiplicidade de funções para proteger e cuidar dos filhos, bem como ajudá-los a crescer, ou seja, a parentalidade positiva refere-se, assim, a todos os papéis que os pais (pai/mãe) precisam de conhecer para a promoção do desenvolvimento da criança.

## Conclusão

A prática de enfermagem impõe a conjugação da teoria e da prática para se alcançar competências afetivas na área de especialização. Por tal, a realização dos estágios foi relevante na aquisição de novos conhecimentos conduzindo a uma evolução positiva na aprendizagem e uma maior autonomia e confiança na prestação de cuidados especializados o que contribuiu para a aquisição de competências tanto comuns ao enfermeiro Especialista como específicas ao EEESIP, através dos objetivos propostos e das atividades desenvolvidas.

Este processo teve aqui o seu início, mas é um processo contínuo, o desenvolvimento do autoconhecimento não pode estagnar bem como o enriquecimento pessoal e profissional.

Os resultados a apurar no presente estudo permitiram responder às questões de investigação e alcançar os objetivos delineados. Estudar-se a parentalidade positiva em crianças dos 0 aos 3 anos assumiu-se como um desafio, uma vez que esta é uma área de intervenção do EEESIP. Por conseguinte, assume-se como um contributo para uma prática baseada em evidências científicas. É que a prática baseada na evidência tem ganho um grande ímpeto na enfermagem, que deve ter em consideração os resultados da investigação, conhecimentos da ciência, conhecimentos clínicos e opinião de especialistas, sendo estes fatores considerados “evidência”.

A prática baseada em evidências exige mais investigação relevante para a prática e relações de trabalho mais estreitas entre o EEESIP a criança e a família, também proporciona oportunidades para que os cuidados de enfermagem sejam mais individualizados, mais eficazes e dinâmicos, e para maximizar os efeitos do julgamento clínico. Quando a evidência é utilizada para definir as melhores práticas em vez de apoiar apenas as práticas existentes, os cuidados de enfermagem acompanham os últimos avanços e tiram partido dos novos desenvolvimentos do conhecimento.

Neste sentido, e face aos resultados apurados, assume toda a importância o envolvimento dos pais (pai/mãe) em programas de educação parental positiva, uma vez que estes são os primeiros e os mais influentes educadores da criança. Nesses programas deve promover-se o *empowerment* dos pais ao nível das necessidades físicas da criança, sua segurança, desenvolvimento, comportamento e estimulação, comunicação positiva e disciplina positiva, ou seja, proporcionar-lhes experiências de aprendizagem para os apoiar na sua missão como pais de uma forma mais eficaz. Os programas de educação parental facultam educação/conhecimentos para o exercício da parentalidade positiva, ajudam os pais a compreender as necessidades dos filhos, possibilitando, deste modo, elevar o envolvimento e a participação dos pais no processo de educação das crianças. Assim, sugere-se uma maior

aposta em intervenções relacionadas com programas de promoção de práticas parentais positivas e intervenções que envolvam atividades pais-crianças.

Assim, concluiu-se que as práticas parentais predizem mediadores importantes ao nível da otimização do funcionamento psicossocial e bem-estar psicológico da família, potenciando a qualidade da relação pais-filho, que apresenta um impacto importante no desenvolvimento ou prevenção de comportamentos de risco para a saúde das crianças.

A parentalidade positiva contribui para o desenvolvimento positivo da criança, nomeadamente, através do ajustamento, autorregulação e resiliência, funcionando como fatores de proteção contra outros moderadores ou de risco para a própria criança. Não se pode deixar de referir que os aspetos chave da parentalidade positiva devem incluir a nutrição, a estruturação, o estímulo, o reconhecimento, o *empowerment* e a anulação de práticas parentais violentas. Assim, o exercício de uma parentalidade positiva é o reflexo dos comportamentos parentais que promovem nos filhos vários comportamentos fundamentais e competências de desenvolvimento, tais como, a segurança, a confiança, o sentido de pertença, o respeito e a interiorização de normas e valores, competências sócio emocionais, autoconceito positivo, respeito mútuo na família, autorregulação, autonomia, sentido de cooperação com os outros e relações baseadas no respeito e não na agressividade.

Considera-se importante que se implementem programas estruturados de intervenções para aprimorar as práticas parentais positivas. Este estudo destacou os vários domínios nos quais o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pode atuar, potenciando aos pais estratégias para promover uma parentalidade positiva. As intervenções/atividades devem promover interações positivas entre pais e filhos, bem como atividades estimulantes para que se potencie o bem-estar da criança e se possa dar espaço aos pais para expressarem as suas dúvidas, receios e desejos, com base numa relação empática e na escuta ativa. Assim, sugere-se uma maior intervenção deste profissional de saúde para incentivar a implementação da parentalidade positiva.

O ambiente familiar é um espaço por excelência onde se podem disseminar intervenções parentais, revelando-se promissor no aprimoramento dos comportamentos parentais que promovem o desenvolvimento da primeira infância. Assim, deve continuar a apostar-se na maneira mais eficaz para se atuar ao nível dos comportamentos dos pais e incorporar estratégias potenciadoras de uma parentalidade positiva.

### **Implicações para a prática**

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica são elementos estruturais e funcionais de apoio à parentalidade positiva, como tal, podem fornecer material de leitura, sessões educativas, terapia interativa com grupos de pais, como forma de promover a parentalidade positiva que se configura como relevante nos primeiros três anos de vida da criança, um período de vida em que esta depende integralmente dos seus cuidadores, bem como é uma fase marcada pelas oportunidades únicas de aprendizagem e desenvolvimento. Por conseguinte, estes profissionais de saúde assumem um papel determinante na capacitação dos pais (pai/mãe) para o desempenho das referidas atividades, sendo igualmente um recurso potencial de estratégias de *coping* face às dificuldades dos pais. O apoio deve partir das potencialidades, interesses, dificuldades e diferenças dos pais, e permitir a valorização da sua sabedoria prática e participação na tomada de decisão, sendo estes pressupostos para o sucesso prático das intervenções de enfermagem. Todavia, para isso, será fundamental que existam programas estruturados para apoiar os pais ao nível da parentalidade positiva com a criança dos 0 aos 3 anos.

As intervenções para a parentalidade positiva devem ser programadas de forma estruturada e centradas no interesse dos pais e no bem-estar holístico da criança, para que se possa potenciar as suas escolhas, os assuntos que os preocupam e que são do seu interesse. A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças são consideradas imperativas para os profissionais e para os serviços de saúde, a emergência de novos problemas exige uma reavaliação dos focos de atenção pelos enfermeiros, cuja atenção deve centra-se na ajuda dos pais que são os responsáveis pela criança nas áreas em que estes sentem mais necessidades de apoio e que resultaram desta avaliação no presente estudo. As estratégias de intervenção são importantes para melhorar as competências parentais e promover a saúde e o desenvolvimento da criança através, por exemplo, de visitas domiciliárias, guias antecipatórios de informação escrita, secções formativas, facultar livros/panfletos e meios audiovisuais, bem como um diálogo interativo entre os pais e os enfermeiros.

O desenvolvimento da criança na primeira infância pode afetar profundamente a sua trajetória educacional e o curso de vida subsequente. Por exemplo, défices na linguagem, cognição e desenvolvimento socioemocional podem levar a competências académicas mais baixas quando a criança ingressa no jardim de infância, o que justifica o papel crucial da promoção de atividades no âmbito da parentalidade positiva. As práticas parentais são importantes aspetos modificáveis ao nível da educação da criança, as quais devem se orientadas para promover um desenvolvimento holístico e harmonioso da criança.



## Referências bibliográficas

- Ahmann, E. (2006). Supporting fathers' involvement in children's health care. *Pediatric Nursing Journal*, 32(1), 88-90.
- American Academy of Pediatrics. (2016). Prevention and management of procedural pain in the neonate: An update. *Pediatrics*, 137(2), e 20154271. DOI: 10.1542/peds.2015-4271.
- Araújo, P. F. S. P. (2015). *Plano de integração de novos enfermeiros do bloco operatório II de um Centro Hospitalar da Margem Sul* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. RCAAP, Repositório Comum.  
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/30411>
- Assis, D. C. M., Moreira, L. V. C., & Fornasier, R. C. (2021). Bronfenbrenner's bioecological theory: The influence of proximal processes on the social development of children. *Research, Society and Development*, 10(10), e582101019263. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19263>.
- Benner, P. (1984). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.  
<https://www.medicalcenter.virginia.edu/therapy-services/3%20-%20Benner%20-%20Novice%20to%20Expert-1.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Ed. Comemorativa). Quarteto Editora.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2006). *Touchpoints: Birth to three: Your child's emotional and behavioral development*. Da Capo Press.
- Brykczynski, K. A. (2014). Caring, clinical wisdom, and ethics in nursing practice. In M. R. Alligood, *Nursing theorists and their work* (8th ed., pp. 120-146). Elsevier.
- Bueno, M., Costa, P., Oliveira, A. A. S., Cardoso, R., & Kimura, A. F. (2013). Tradução e adaptação do Premature Infant Profile para língua portuguesa. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(1), 29-35. [https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_04.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_04.pdf)
- Butler, J., Gregg, L., Calam, R., & Wittkowski, A. (2020). Parents' perceptions and experiences of parenting programmes: A systematic review and metasynthesis of the qualitative literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(2), 176–204.  
<https://doi.org/10.1007/s10567-019-00307-y>

- Cardoso, A. M. R., & Marín, H. F. (2018). Lacunas de conhecimentos e habilidades de mães portuguesas associados à saúde do recém-nascido. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e2997 DOI: 10.1590/1518-8345.1859.
- Chagas, C. S. (2014). *Bebé imaginário vs. bebé real: Qual a influência na percepção materna dos comportamentos do recém-nascido e no nível de confiança nos cuidados a prestar ao bebé?* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/18233>
- Chen, Y., Haines, J., Charlton, B. M., & VanderWeele, T. J. (2019). Positive parenting improves multiple aspects of health and well-being in young adulthood. *Nature Human Behaviour*, 3(7), 684-691. <https://doi.org/10.1038/s41562-019-0602-x>
- Cohen, J., Oser, C., & Quigley, K. (2016, Março 12). *Making it happen: Overcoming barriers to providing infant-early childhood mental health*. Zero to Three. <https://www.zerotothree.org/resources/511-making-ithappen-overcoming-barriers-to-providing-infant-earlychildhood-mental-health>
- Council of Europe. (2006). Recommendation Rec(2006)19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting, *adopted by the Committee of Ministers on 13 December 2006 at the 983rd meeting of the Ministers' Deputies*. [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectID=09000016805d6dda](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d6dda)
- Council of Europe. (2008). *Parenting in contemporary Europe: A positive approach*. Council of Europe Publishing.
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática* (2ª ed., reimp.). Almedina.
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: The needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth*, 8(30). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-30>
- Dias, F. S. B., & Marba, S. T. M. (2014). Avaliação da dor prolongada no recém-nascido: Adaptação da escala EDIN para a cultura brasileira. *Texto & Contexto em Enfermagem*, 23(4), 964-970. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002100013>
- Freitas, G., Marques, J. G., Santos, L. A., Vaz, L. R., Calé, M. E., & Fernandes, T. (2020). *Programa nacional de vacinação 2020*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>
- Gallegos, C., Carey, M., Zheng, Y., He, X., & Cao, Q. L. (2020). Reaching and grasping training improves functional recovery after chronic cervical spinal cord injury. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 14, 110. <https://doi.org/10.3389/fncel.2020.00110>

- Garcia, I., & Teixeira, C. (2009). Visita domiciliar: Um instrumento de intervenção. *Sociedade em Debate, Pelotas*, 15(1), 165-178.  
<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/365/837>
- Gilmer, G., Buchan, J. L., Letourneau, N., Bennett, C. T., Shanker, S.G., Fenwick, A., & Smith-Chant, B. (2016). Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 118-133. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.015>
- Godinho, L. F., Carreira, C., & Martins, C. (2018). Medicamentos look-alike, sound-alike: Um velho conceito sempre em atualização. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27(3), 20-24. <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia>
- Guedes, G. F., Ohara, C. V. D. S., Silva, G. T. R. D., & Franco, G. R. R. D. M. (2009). Ensino clínico na enfermagem: A trajetória da produção científica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 283-286.  
<https://www.scielo.br/j/reben/a/BY8wJDS3Q58NwP6ScZwG6Xf/?format=pdf&lang=pt>
- Honkala, E. (2014). Primary oral health care. *Medical Principles and Practice*, 23(suppl 1), 17-23. DOI: 10.1159/000357916.
- Kyriazos, T., & Stalikas, A. (2018) Positive parenting or positive psychology parenting? Towards a conceptual framework of positive psychology parenting. *Psychology*, 9, 1761-1788. DOI: 10.4236/psych.2018.97104.
- Lindmark, U., Bülow, P. H., Mårtensson, J., Rönning, H., & A.D.U.L.T. Research Group (2019). The use of the concept of transition in different disciplines within health and social welfare: An integrative literature review. *Nursing Open*, 6, 664-675. DOI: 10.1002/nop2.249.
- Lopes, M. O. C., Catarino, H., & Dixe, M. A. (2010). Parentalidade positiva e enfermagem: Revisão sistemática da literatura. *Referência*, 3(1), 109-118.
- Lopes, M. S. O. C. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: Áreas de intervenção de enfermagem* [Tese de Doutorado, Universidade Católica Portuguesa. Veritati, Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.  
<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10563>
- Lopes, M. S. O. C., & Dixe, M. A. C. R. (2012). Exercício da parentalidade positiva pelos pais de crianças até três anos: construção e validação de escalas de medida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), 787-795. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000400020>

- Macedo, M. R. (2012). *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do Modelo Bioecológico* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Ria, repositório institucional. <https://ria.ua.pt/handle/10773/9956>
- Mano, M. J. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*, 8, 53-61.
- May, C., & Fletcher, R. (2013). Preparing fathers for the transition to parenthood: Recommendations for the content of antenatal education. *Midwifery*, 29, 474-478, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.03.005>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5ª ed.). Wolters Kulwer Health.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *ANS Advances in Nursing Sciences*, 23(1), 12-28. DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006.
- Mendes, M. G. (2016). Parceria de cuidados em pediatria: Ganhos em saúde para as crianças, para os pais e para os enfermeiros. In *Disenos de la moderna investigación universitaria* (pp.531-542). McGraw- Hill Education. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/50685>
- Mendes, M. S. R., & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: Do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), pp. 113-121. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832012000100011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000100011&lng=pt&tlng=pt). 10.12707/RIII1144
- Ordem dos Enfermeiros, & Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciacrian%C3%A7ajov\\_aprovadoag\\_20nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciacrian%C3%A7ajov_aprovadoag_20nov2010.pdf)

- Ordem dos Psicólogos. (2020). *COVID-19 sono saudável: Recomendações para adultos, trabalhadores e pais*. Ordem dos Psicólogos.  
[https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid\\_19\\_sono\\_saudavel.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_sono_saudavel.pdf)
- Paulino, P. J. C. (2020). *Promoção da autonomia e tomada de decisão do adolescente: atuação do enfermeiro especialista* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. RCAAP, Repositório Comum.  
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34272>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Edições Sílabo.
- Portugal, Decreto-Lei n.º 118/2014. (2014, Agosto 5). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. *Diário da República*, 1(149), pp. 4069-4071. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Portugal, Lei n.º 156/2015. (2015, Setembro 16). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, 1 (181), pp. 8059-8105.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular normativa nº 9/DGCG, de 14/06/2003: A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2014). *Norma nº 020/2014, de 30/12/2014, actualizada em 14/12/2012: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. Direção-Geral da Saúde.  
<https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014.aspx>

- Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2017). *Recomendações técnicas para serviços de neonatologia: RT 11/2017*. UIE/ACSS. [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Neonatologia\\_11\\_2017.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Neonatologia_11_2017.pdf)
- Portugal, Regulamento n.º 122/2011. (2011, Fevereiro 18). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2(35), pp. 8648-8653. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>
- Portugal, Regulamento n.º 350/2015. (2015, Junho 22). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*, 2(119), pp. 16655-16660. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)
- Portugal, Regulamento n.º 422/2018. (2018, Julho 12). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*, 2(133), pp. 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2(26), pp. 4744-4750. <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Portugal, Regulamento n.º 351/2015. (2015, Junho 22). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. *Diário da República*, 2(119), pp. 1660-16665. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfSauCriancaJovem\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfSauCriancaJovem_DRJun2015.pdf)
- Portugal, Regulamento n.º 422/2018. (2018, Julho 12). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*, 2(133), pp. 19192-19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Portugal, Regulamento n.º 76/2018. (2018, Janeiro 30). Regulamento da competência acrescida avançada em gestão. *Diário da República*, 2(21), pp. 3478-3487. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Potard, C., Courtois, R., Réveillère, C., Bréchon, G., & Courtois, A. (2017). The relationship between parental attachment and sexuality in early adolescence. *International*

*Journal of Adolescence and Youth*, 22, 1, 47-56.

<http://dx.doi.org/10.1080/02673843.2013.873065>

- Redshaw, M., & Martin, C. (2014). The couple relationship before and during transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(2), 109-111. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2014.896146>.
- Reticena, K. O., Yabuchi, V., Gomes, M., Siqueira, L. D., Abreu, F., & Fracolli, L. A. (2019). Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: A systematic review of scope. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3213. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3031.3213>
- Ribeiro, C., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. C., & Erdmann, A. L. (2015). Percepção de pais e enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem em neonatologia: Uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4). <http://doi.org/10.12707/RIV14023>
- Royal College of Nursing. (2002). *A framework for nurses working in specialist palliative care: Competencies project*. RCN.
- Ruiz-Zaldibar, C., Serrano-Monzó, I., & Mujika, A. (2018). Parental competence programs to promote positive parenting and healthy lifestyles in children: A systematic review. *Journal of Pediatrics*, 94(3), 238-250. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.07.019.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. F. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Silva, J. M. S. G. (2013). *Plano de integração de novos enfermeiros do serviço de urgência geral de um hospital* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. RCAAP, Repositório Comum. <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4757>
- Soares, H., Pereira, S. M., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2016). "Touchpoints": Parents and nurses' perceptions and satisfaction. *Da Investigação às Práticas: Estudos de Natureza Educacional*, 6(2), 5-24. <https://doi.org/10.25757/invep.v6i2.95>
- Sourander, A., Brunstein Klomek, A., Ikonen, M., Lindroos, J., Luntamo, T., Koskelainen, M., Ristkari, T., & Helenius, H. (2010). Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: a population-based study. *Archives of General Psychiatry*, 67(7), 720–728. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.79>
- Suva, G., Sager, S., Mina, E. S., Sinclair, N., Lloyd, M., Bajnok, I., & Xiao, S. (2015). Systematic review: Bridging the gap in RPN-to-RN transitions. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(4), 363-370. <https://doi.org/10.1111/jnu.12147>

- Tralhão, F., Rosado, A., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UIIPS*, 8(1), 17-30. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/19874>
- União Europeia. (2009). *Orientações da União Europeia para a actividade física: Políticas recomendadas para a promoção da saúde e do bem-estar*. Instituto do Desporto de Portugal, IP. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnpaf-idp-orientacoes-europ-af-jan2009-pdf.aspx>
- World Health Organization. (1997). *A health telematics policy: In support of the WHO's health-for-all strategy for global health development: Report of the WHO Group Consultation on Health Telematics*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63857>
- World Health Organization. (2013). *Counselling for maternal and newborn health care: A handbook for building skills*. World Health Organization. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44016/1/9789241547628\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44016/1/9789241547628_eng.pdf)
- World Health Organization. (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>

**Anexos**



## ANEXO 1

### Instrumento de Colheita de Dados do Estudo

**IPV - Escola Superior de Saúde de Viseu**

**Departamento:** Enfermagem

---

**Investigadora:** Ana Cristina Santos Valente

Orientadora: Professora Doutora Isabel Bica

**Ano:** 2021

**Estudo:** Parentalidade Positiva em Crianças dos 0 aos 3 anos: um contributo para intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Exmo/a Sr/a Participante:

Este questionário insere-se num estudo de investigação no âmbito 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 11º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu, pretendemos desenvolver um estudo subordinado ao tema Parentalidade Positiva. Este tem como objetivo caracterizar o desempenho parental, no exercício da parentalidade positiva, em crianças dos 0 aos 3 anos, no sentido de contribuir para a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Solicitamos, assim, a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário. Este é de carácter anónimo e de participação voluntária. As respostas são confidenciais, não existem respostas certas ou erradas, pelo que lhe pedimos que responda com a máxima honestidade.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula (ÿ), deve assinalar com uma cruz (X) a opção que considera mais válida. Nas questões onde se encontrar um espaço em branco (\_\_\_\_), deve responder claramente, e de forma legível, ao que é pedido.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

#### I. Parte – Caracterização geral

1. Idade em anos: **Mãe** \_\_\_\_ anos **Pai** \_\_\_\_ anos

2. Estado Civil: **Mãe**

**Pai**

Solteira  Solteiro

Divorciada/Separada  Divorciado/Separado

Casada/União de facto  Casado/Divorciado

Viúva  Viúvo

3. Habilitações: **Mãe**

1.º Ciclo do ensino básico   
2.º Ciclo do ensino básico   
3.º Ciclo do ensino básico   
Ensino secundário   
Licenciatura   
Mestrado   
Doutoramento   
Outra \_\_\_\_\_

**Pai**

1.º Ciclo do ensino básico   
2.º Ciclo do ensino básico   
3.º Ciclo do ensino básico   
Ensino secundário   
Licenciatura   
Mestrado   
Doutoramento   
Outra \_\_\_\_\_

4. Situação profissional: **Mãe**

Empegada a tempo integral   
Empregada a tempo parcial   
Desempregada   
Em formação   
Outra qual? \_\_\_\_\_

**Pai**

Empegado a tempo integral   
Empregado a tempo parcial   
Desempregado   
Em formação   
Qual? \_\_\_\_\_

5. Local de residência: **Mãe**

Urbano   
Rural

**Pai**

Urbano   
Rural

6. Grau de parentesco com a criança

**Mãe**  **Pai**  Outro  \_\_\_\_\_

7. Número de filhos

**Mãe**  
Filho único   
Outros filhos quantos \_\_\_\_\_

**Pai**  
Filho único   
Outros filhos quantos \_\_\_\_\_

## II Parte – Caracterização referente à criança

1.género da criança:

Masculino  Feminino

2. Idade da criança: \_\_\_\_\_

3. Guarda da criança quando não está na creche:

Mãe

Pai

Avós

Outras

Quais? \_\_\_\_\_

4. Irmãos:

Não  Sim  Se sim, idades dos irmãos? \_\_\_\_\_

5. Com quem mora/reside a criança: \_\_\_\_\_

6. Características da criança:

(Assinale com X nos as características mais predominantes da criança)

A criança é:	Quase sempre ou sempre	Algumas vezes	Raramente ou nunca
Sossegada			
Irrequieta			
Chora muito			
Dorme mal			
Difícil de alimentar			
Brinca sozinha			
Brinca com o pai			
Brinca com a mãe			
Faz muitas birras			
Exige muita atenção			
Com problemas de saúde			

7 Apoios para cuidar da criança (Assinale com uma cruz (X) todos os apoios utilizados e os que considerava necessários.) (Podem ficar itens sem serem assinalados).

	Apoios que teve	Apoios que necessitava e não teve
Cônjuge/parceira/o		
Avós da criança		
Outros familiares		
Guias de orientação Elaborados por profissionais		
Informação Escrita/Livros/revistas		
Médicos		
Enfermeiros		
Acesso telefônico a Enfermeiro Especialista		
Visitas de enfermeiros a casa		
Outros pais		
Amigos		
Vizinhos		
Internet		
Outros (especifique)		

### III Parte – Parentalidade positiva (Lopes, 2012)

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

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

**A primeira linha está preenchida para exemplo.**

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

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

(continua)

Desempenho do papel parental	A	B	C
	Sinto-me ou senti-me <u>confiante</u> Nada _____ Muito 1 _____ 5	Sinto ou senti <u>difficuldade</u> Nenhuma _____ Muita 1 _____ 5	Sinto/ senti necessidade de mais <u>conhecimento</u> Nenhuma _____ Muita 1 _____ 5
Na escolha de materiais de aprendizagem de acordo com a idade da criança (brinquedos, música, livros)	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
Nas atitudes que promovem comportamentos adequados na criança	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
A aproveitar o momento do banho para estimular a criança	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
A aproveitar o momento da alimentação para estimular a criança	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
Na interpretação do choro da criança	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
A responder com afecto ao choro da criança	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
A identificar os sinais que a criança utiliza para comunicar	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
Na interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
Nos benefícios para a criança de um relacionamento caloroso e de amor	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
No estabelecimento de actividades que fazem a criança sentir-se especial e importante	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
Nas atitudes que proporcionam uma comunicação positiva com a criança (simples, clara e estimulante)	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
Na compreensão da importância da disciplina para a criança.	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
A estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
A estabelecer limites à criança sem prejudicar a sua liberdade e necessidade de exploração	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
A acompanhar de forma positiva (com ensino e orientação) o cumprimento das regras e limites	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
A utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
A actuar de acordo com as regras estabelecidas	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
A ser um bom modelo para a criança	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
Nas atitudes que promovem disciplina positiva (de ensino e orientação de comportamentos desejáveis)	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤

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

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

Obrigada.

## Anexo II Autorização da Autora da Escala Parentalidade Positiva

22/05/2021

Gmail - Pedido de Autorização



ana valente <enf.cristina.valente@gmail.com>

### Pedido de Autorização

8 mensagens

ana valente <enf.cristina.valente@gmail.com>  
Para: saudade.lopes@ipleiria.pt

22 de abril de 2021 às 00:35

Excelentíssima Doutora Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes:  
Ana Cristina Santos Valente aluna do curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, encontrando-se atualmente a realizar o Relatório Final e Dissertação de Mestrado na área da Parentalidade Positiva, vem por este meio pedir autorização para utilizar a escala que se encontra no anexo 4 da sua Tese de Doutoramento.

Atenciosamente,  
Ana Cristina Santos Valente

Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes <saudade.lopes@ipleiria.pt>  
Para: ana valente <enf.cristina.valente@gmail.com>

22 de abril de 2021 às 09:23

Boa tarde, colega  
Felicitó-a pelo curso e pelo trabalho que está a desenvolver.  
Tem a minha autorização para usar os instrumentos que integram a minha Tese de Doutoramento  
Beijinhos

Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

Professora Adjunta

Coordenadora do Departamento de Ciências de Enfermagem



ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro  
Apartado 4137 | 2411-901 Leiria – PORTUGAL  
Tel. (+351) 244 845 300 | Ext. 210 292  
saudade.lopes@ipleiria.pt | www.ipleiria.pt

De: ana valente <enf.cristina.valente@gmail.com>

Enviado: 22 de abril de 2021 00:35

Para: Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes <saudade.lopes@ipleiria.pt>

Assunto: Pedido de Autorização

[Citação ocultada]

ana valente <enf.cristina.valente@gmail.com>

25 de abril de 2021 às 09:47

Para: Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes <saudade.lopes@ipleiria.pt>

Fico muito agradecida pela autorização



## Anexo III- Autorização da Comissão Ética do IPV



(parecer\_versão004.19.02.21)

### COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV) FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

#### Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Parentalidade positiva em crianças dos 0 aos 3 anos: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
Proponentes do projeto	Ana Cristina Santos Valente
Investigador responsável	Professora Doutora Maria Isabel Bica Carvalho Costa
Data de submissão	27/06/2021
Relatores	Prof.ª Doutora Ernestina Silva, Prof.ª Doutora Isabel Martins, Dr. Luís Patrão
Data da aprovação do parecer	26/07/2021
A presidente da CE do PV	<i>Ernestina Batoca Silva</i> Ernestina Batoca Silva

#### PARECER N.º 56/SUB/2021

<input checked="" type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO FAVORÁVEL</b> (a proposta é eticamente aceitável)	<b>Motivos</b>
<input type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES</b> (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	<b>Motivos</b>
<input type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL</b>	<b>Motivos</b>

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)**  
**FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

## REQUISITOS

Do projeto de investigação destaca-se o seguinte:

---

Tem como objetivo caracterizar o exercício da parentalidade positiva em pais e mães de crianças dos 0 aos 3 anos.

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional com enfoque transversal, numa amostra selecionada por conveniência.

O instrumento de estudo é um questionário autopreenchido por pais ou mães de crianças dos 0 aos 3 anos que frequentem a creche/jardim-de-infância que irá participar no estudo, desde que aqueles sejam maiores de idade. Do instrumento de estudo faz parte um formulário de consentimento informado. Os dados pessoais recolhidos dos pais, das mães e das crianças são em número reduzido, cumprindo o princípio da anonimização dos dados, são adequados aos objetivos do estudo e não permitem a identificação dos respondentes nem das crianças.

Operacionalmente, os dados serão recolhidos através de respostas por escrito ao questionário de autopreenchimento, previamente fornecido aos pais (pai/mãe) em envelope individual, sendo o mesmo posteriormente devolvido à investigadora em envelope fechado, reforçando a anonimização dos dados recolhidos.

---

## RECOMENDAÇÕES

---

Recomenda-se que seja disponibilizado contacto das investigadoras no consentimento informado.

---

## ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não  Sim

**Motivos** (obrigatório se Sim):

**Tempo apropriado** (obrigatório se Sim):

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 2  
PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

- 2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?  
Não  Sim  Não aplicável
- 2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?  
Não  Sim  Não aplicável
- 2.3. Envolve o processamento de informação genética?  
Não  Sim  Não aplicável
- 2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?  
Não  Sim  Não aplicável
- 2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?  
Não  Sim  Não aplicável

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)**  
**FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

**2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

- 2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 2.6.3. Cópia de aprovação ética para recolha de dados pessoais por parte do Encarregado de Proteção de Dados da entidade competente  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 3**  
**ANIMAIS**

- 3.1. Esta investigação envolve animais?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.2. Esses animais são vertebrados?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.4. Esses animais são geneticamente modificados?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.7. REQUISITOS – ANIMAIS**
- 3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

- 3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 4  
PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL**

- 4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?  
Não  Sim  Não aplicável

**4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL**

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)**  
**FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

- 4.4.1. O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 4.4.2. Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 4.4.3. O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 4.4.4. Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 5**  
**OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS**

- 5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

## Anexo IV

### Autorização para a recolha de informação do estudo



### DECLARAÇÃO

**Santa Casa da Misericórdia de Viseu**, com sede no Largo Major Teles, n.º 1, 3500-212 Viseu, titular do NIPC 500844895, aqui representada pela Diretora Técnica do Berçário/Creche Sº Teotónio, declara, para os devidos efeitos, que foi autorizada a participação dos Pais desta valência no Estudo: Parentalidade Positiva em Crianças dos 0aos 3 anos: um contributo para intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Por ser verdade e nos ter sido solicitada, emite-se a presente declaração, que vai ser devidamente assinada.

Viseu, 20 de Agosto de 2021.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE VISEU



*Berçário/Creche S. Teotónio*

Maria dos Anjos Ferreira

(Diretora Técnica)



Exma/o. Senhora/o  
Diretor do Centro Social Jesus Maria José  
21-09-2021

**Assunto: Pedido para aplicação de questionário a pais de Crianças até aos 3 anos de idade que frequentam a Creche Centro Social Jesus Maria José, para um trabalho de investigação.**

O trabalho de investigação “Parentalidade Positiva em Crianças dos 0 aos 3 anos: a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica” realiza-se no âmbito do curso 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e 11º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que decorre no Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde.

Com os questionários pretende-se caracterizar o desempenho parental, no exercício da parentalidade positiva, em crianças dos 0 aos 3 anos, no sentido de contribuir para a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e serão de autopreenchimento voluntário e distribuídos aos pais em articulação com as Educadoras imediatamente após autorização.

Agradece desde já a vossa disponibilidade e colaboração e fica ao dispor para quaisquer informações adicionais.

Com os melhores cumprimentos

Ana Valente

(Ana Cristina Santos Valente)

1 anexo: Questionário

Contacto:

[enf.cristina.valente@gmail.com](mailto:enf.cristina.valente@gmail.com)

Tel. 916100442



Autorizado  
Júlia Gonçalves



## DECLARAÇÃO

Eu, M<sup>a</sup> Goreti Nunes Marques, diretora técnica da Creche N<sup>o</sup> S<sup>a</sup> de Fátima, declaro que autorizei a participação dos pais, desta valência no estudo: Parental idade Positiva em crianças dos 0 aos 3 anos de idade: um contributo para intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Viseu, 24 de fevereiro de 2022

*Goreti Nunes Marques*

(D<sup>a</sup> técnica)







## Apêndices



**Apêndice I- Procedimento de integração de elementos de enfermagem no  
serviço de Pediatria**

		 <small>Comissão da Qualidade e Segurança - CHV</small>
<b>PROCEDIMENTO</b>		<b>Documento</b> nº Versão nº Data: 07-06-2013
Aprovado:		Data de Aprovação:

**TÍTULO:** Integração de elementos de enfermagem no serviço de Pediatria

**ÂMBITO:** Enfermeiros recém-admitidos no serviço

**RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO:** Equipa de enfermagem do serviço de Pediatria

**FUNDAMENTO(S):**

Os enfermeiros constituem o grupo profissional com maior peso em termos de recursos humanos de uma instituição hospitalar, pelo que a rotatividade destes profissionais dentro da instituição é uma realidade que aliada à contratação de novos enfermeiros pode representar um problema no que se refere à qualidade dos cuidados. Sendo assim, depara-se com uma crescente complexidade nas integrações dos enfermeiros nos seus locais de trabalho, representando, como refere Macedo (2012, p. 1), “um problema e desafio para as organizações e instituições de saúde, sentindo-se cada vez mais a necessidade de existirem protocolos e/ou programas de integração de profissionais de enfermagem”. Assim, um dos instrumentos adequados para tal são os Protocolos de Integração, que se assumem como “instrumentos de comunicação que contêm uma coletânea de informações/atividades a

realizar, facilitadoras do processo de integração” (Araújo, 2015, p. 25), com os respetivos procedimentos e objetivos delineados, pois, apesar de os enfermeiros possuírem qualificações, têm a necessidade de entender os procedimentos e políticas do Serviço, por forma a estarem melhor preparados para que possam cumprir as funções que irão desempenhar. A forma como o novo enfermeiro é recebido no momento da sua admissão é sempre um momento importante. Pelo que lhe deverá ser fornecido um conjunto de informações sobre a estrutura física, funcional e organizacional do Serviço, bem como a missão, visão e objetivos. Este irá conhecer a sua chefia direta, as instalações, a orgânica do Serviço, o espaço físico e o método de trabalho, para que se sinta parte integrante da equipa (Macedo, 2012).

O Protocolo de Integração configura-se, assim, como um documento importante que contém informações sobre o Serviço e deve ser colocado à disposição dos enfermeiros recém-chegados. A informação presente deve ser imprescindível para que o novo enfermeiro se integre com maior facilidade (Araújo, 2015).

De acordo com Silva (2013, p. 20), as vantagens que advêm da implementação de um processo de integração bem planeado são: para o Serviço: “diminuição do tempo de integração que proporciona um aumento de eficiência do trabalho; redução dos custos face ao aumento da qualidade dos cuidados; melhoria da satisfação profissional dos enfermeiros e, como consequência, as suas relações profissionais e desenvolve um senso de responsabilidade para a organização devido à sua competência e informação”; “para o enfermeiro: diminuição do stresse, tensão, frustração e conflito; estimulação à autoconfiança e ao autodesenvolvimento; aumenta a satisfação no trabalho executado e satisfação das necessidades pessoais” (p. 20).

Para facilitar o processo de integração de novos enfermeiros, Macedo (2012, pp. 25-26) defende um processo de integração faseado. O autor apresenta quatro fases, “...pelas quais os enfermeiros em integração devem passar, de modo a facilitar este processo.” Essas fases são: “indução ou introdução, orientação, acompanhamento e treino”. De acordo com Macedo (2012, pp. 25-26), na primeira fase, denominada por indução ou introdução, deve ser facultada a informação essencial ao enfermeiro recém-admitido “...para que este se sinta bem no novo ambiente de trabalho reconhecendo-o como pertencente ao novo contexto físico e social.” Esta fase é o momento ideal para que o novo enfermeiro tenha contacto com o Protocolo de Integração. Este “...é um instrumento importante na medida em que fornece orientações, por escrito, aos elementos da equipa de enfermagem, respondendo a dúvidas e auxiliando em todo o processo” (Macedo, 2012, pp. 25-26) Em relação ao enfermeiro responsável pela condução do programa de integração, este desempenha um papel bastante ativo nesta fase. Pode ser incluída aqui a Fase de Acolhimento/Observação. Paralelamente à primeira fase desenvolve-se a fase da orientação, o integrador tem mais tempo para fazer uma orientação

direta e esclarecer as dúvidas e preocupações do novo enfermeiro. As informações fornecidas são mais pormenorizadas em conformidade com as necessidades no novo elemento. Na terceira fase, ou acompanhamento, já está estabelecida uma relação de trabalho entre o novo enfermeiro e a restante equipa centrada nas relações humanas, no trabalho em equipa e no desenvolvimento do enfermeiro em integração. Na última fase, treino, "...o novo enfermeiro já se encontra apto para prestar cuidados, apresentando uma interiorização das práticas a executar, onde o integrador tem a responsabilidade de se assegurar que o novo enfermeiro está suficientemente esclarecido, apoiar e transmitir confiança de modo a dissipar toda e qualquer insegurança no exercício das suas funções, com autonomia, maturidade, segurança e autoconfiança" (Macedo, 2012, pp. 25-26).

Deste modo, é de grande relevância, como menciona Macedo (2012, p.27), que "...exista um programa bem definido, mesmo que possa vir a ser adaptado a cada situação específica, como as necessidades do novo elemento e/ou serviço "por forma, habilitar o enfermeiro de competências que lhe permitam desenvolver um processo de enfermagem personalizado, com cuidados de enfermagem de qualidade", no caso concreto no internamento de Pediatria. A integração de um novo elemento de enfermagem num serviço é um processo bastante importante, sendo por isso necessário haver procedimentos comuns por forma a facilitar e orientar o processo integrativo. Desta forma, é necessário que este esteja planeado e documentado, sendo posteriormente adaptado às necessidades individuais, segundo a experiência prévia e competências demonstradas pelo novo elemento.

Nesta dinâmica, tanto o novo elemento como a instituição são parte ativa têm os dois benefícios quando a integração é bem realizada. Da parte do novo elemento existe um sentido de responsabilidade e de cultura organizacional que lhe permite uma melhor adaptação e uma redução de ansiedade que o processo possa envolver, permitindo que o funcionário se sinta parte integrante da instituição, facilitando a motivação e a satisfação pessoal, conduzindo a um melhor desempenho profissional. Permite também ao novo elemento de enfermagem desde início, o conhecimento sobre o que se espera dele e quais as suas capacidades no caminho de consecução dos objetivos traçados pela instituição.

Do ponto de vista da organização, a integração é uma forma de vincular o trabalhador aos seus valores à cultura organizacional e adaptá-lo às novas tarefas a desenvolver de forma mais eficiente e eficaz.

O programa de integração deve estar direcionado para as funções e atividades a desempenhar e orientar sobre os conteúdos a abordar, metodologias a utilizar, etapas e prazo a cumprir, os momentos de avaliação e respetivos instrumentos.

Considera-se enfermeiro em período de integração, o enfermeiro que inicia a vida profissional, que muda de instituição ou que muda de serviço dentro da mesma instituição.

A duração do período de integração é variável e dependerá das necessidades do novo elemento e dos requisitos necessários à função que irá desempenhar.

Em situação normal, o período de integração deverá ter a duração de 4 semanas, sendo que neste período o enfermeiro ficará como supranumerário, não podendo ser utilizado para suprir postos de trabalho nem para responder às necessidades do serviço.

Durante o tempo de integração não são permitidas trocas de turno por parte do enfermeiro em integração, salvo por motivo de força maior.

Será atribuído pelo enfermeiro chefe um ou mais responsáveis pela integração do novo elemento que o acompanharão durante as quatro semanas de integração. O enfermeiro integrador deverá ser um enfermeiro qualificado, devendo, portanto, trabalhar no serviço há mais de 2 anos.

O enfermeiro responsável pela condução do programa de integração deve aliar às capacidades técnicas, acessibilidade, capacidade de comunicação e de concretização de um clima favorável à aprendizagem motivação, competência, paciência, flexibilidade e apoio.

O enfermeiro chefe deve proporcionar as condições para a concretização do plano de integração, assim como efetuar a sua supervisão e avaliação.

Durante o período de integração deverá ser procurada uma parceria entre os diferentes intervenientes com espaço para discussão dos potenciais problemas, baseado na transparência, sinceridade e capacidade de escuta mútua. O enfermeiro em processo de integração deverá adotar uma postura responsável seguindo a missão e os valores da instituição. Num espírito de aprendizagem deverá expor as suas dúvidas e partilhar as suas experiências anteriores.

A avaliação da integração após 4 semanas com o enfermeiro em função de chefia, é fundamental sendo dado por concluído ou não o plano de integração

## **OBJETIVO(S):**

- Planificar a integração de novos elementos de Enfermagem ou de elementos regressados ao serviço após período de ausência superior a 1 ano.
  
- Facilitar a integração de um novo elemento no serviço

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

<b>Etapas</b>	<b>Ações</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Responsável</b>
<b>1ª Semana</b>	<b>Reunião com o Enfermeiro Diretor</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Conhecimento da filosofia, missão e objetivos da instituição</li></ul>	Enfermeiro Diretor
	<b>Reunião com o Enfermeiro Chefe ou em funções de Chefia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Conhecimento das expectativas profissionais do novo elemento</li><li>➤ Transmissão das expectativas do serviço</li><li>➤ Definição do horário de trabalho e regras para trocas e ausências</li><li>➤ Conhecimento do horário proposto para o período de integração</li><li>➤ Definição normas e critérios de avaliação</li><li>➤ Esclarecimento sobre normas e orientações para a prestação de cuidados</li></ul>	Enfermeiro Chefe
	<b>Reunião com Enfermeiro Integrador</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Esclarecimento sobre as atividades a realizar no período de integração</li><li>➤ Adequação de atividades propostas consoante a experiência e a necessidade de o novo elemento</li><li>➤ Esclarecimento sobre o método de trabalho de enfermagem em vigor no Serviço de Pediatria</li><li>➤ Elucidação sobre as rotinas do serviço decorridas em cada turno</li><li>➤ Definição da linha de orientação e supervisão dos cuidados prestados pelo novo elemento</li></ul>	Enfermeiro Integrador

	<b>Apresentação da estrutura física do serviço /serviços interligados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apresentação das instalações do serviço e circuitos de emergência</li> <li>➤ Esclarecimento sobre a especificidade de cada setor do Serviço de Pediatria</li> <li>➤ Conhecimento sobre a dinâmica do serviço de Pediatria</li> <li>➤ Demonstração do funcionamento dos equipamentos</li> <li>➤ Apresentação dos serviços interligados com o serviço de Pediatria</li> </ul>	Enfermeiro Chefe
<b>Etapas</b>	<b>Ações</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Responsável</b>
<b>1º Semana</b>	<b>Apresentação à equipa multidisciplinar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conhecimento da equipa multidisciplinar</li> <li>➤ Conhecimento do trabalho desenvolvido por cada elemento da equipa multidisciplinar</li> <li>➤ Contribuição para facilitar as relações interpessoais</li> </ul>	Enfermeiro chefe
<b>2ª e 3ª semanas</b>	<b>Formação em Serviço</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apresentação do enfermeiro responsável pela formação em serviço</li> <li>➤ Definição em conjunto com o novo elemento das suas necessidades de orientação/formação</li> <li>➤ Apresentação do mapa de formações para o ano corrente.</li> <li>➤ Integração do novo elemento em novas ações de formação</li> <li>➤ Fornecimento de bibliografia e material de apoio</li> </ul>	Enfermeiro responsável pela formação em serviço

	<b>Manual do serviço</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conhecimento do suporte escrito de apoio e normas de atuação</li> <li>➤ Apresentação dos protocolos em vigor no serviço</li> </ul>	Enfermeiro chefe enfermeiro integrador
	<b>Reunião com o membro dinamizador da CCI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conhecimento do manual do CCI</li> <li>➤ Conhecimento sobre os princípios da prevenção da infeção hospitalar</li> <li>➤ Esclarecimento sobre o plano de higienização do serviço de pediatria</li> <li>➤ Demonstração do circuito e gestão de resíduos hospitalares</li> </ul>	Enfermeiro responsável pelo CCI
<b>Etapas</b>	<b>Ações</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Responsável</b>
<b>2ª e 3ª semanas</b>	<b>Reunião com o membro dinamizador da gestão de risco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conhecimento sobre políticas e procedimentos relacionado com o plano de emergência hospitalar</li> <li>➤ Conhecimento de riscos identificados no serviço de Pediatria e sua prevenção</li> <li>➤ Demonstração dos procedimentos em caso de incêndio</li> <li>➤ Demonstração dos métodos de análise ergonómica.</li> </ul>	Enfermeiro responsável pela gestão de risco
	<b>Integração na prestação de cuidados com o enfermeiro Tutor/equipa de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conhecimento das atividades de cada turno</li> <li>➤ Conhecimento sobre a prática de enfermagem do serviço de pediatria</li> <li>➤ Conhecimento sobre os procedimentos em caso de emergência</li> <li>➤ Organização da prestação de cuidados</li> <li>➤ Definição do grau de responsabilidade no processo de integração</li> </ul>	Enfermeiro Tutor/Equipa de Enfermagem

<b>4ª semana</b>	<b>Reunião com o enfermeiro chefe ou em funções de chefia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliação do desenvolvimento e o progresso do novo elemento</li> <li>➤ Correção de lacunas observadas</li> <li>➤ Estabelecimento de novas metas</li> </ul>	Enfermeiro chefe
------------------	---	---	------------------

### **MONITORIZAÇÃO/ AVALIAÇÃO:**

Finalizado o período previsto para integração, todo o processo deverá ser avaliado quer pelo enfermeiro chefe

Considera-se um enfermeiro integrado quando:

- Conhece a estrutura física e organizacional do serviço
- Conhece os procedimentos essenciais para o seu normal funcionamento
- Conhece a organização da prestação de cuidados
- Conhece os procedimentos de segurança instituídos
- Conhece as principais patologias os respetivos tratamentos pediátricos
- Conhece os manuais existentes e como consultá-los

### **LEGISLAÇÃO, ORDENS DE SERVIÇO, BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE:**

Araújo, P.F.S.P. (2015). *Plano de Integração de Novos Enfermeiros do Bloco Operatório II de um Centro Hospitalar da Margem Sul*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30411/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Trabalho%20de%20Projeto-%20Paula%20Ara%C3%BAjo.pdf>

Macedo, M.R. (2012). *Supervisão na Integração de Enfermeiros à Luz do Modelo Bioecológico*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Acedido em <http://hdl.handle.net/10773/9956>

Apêndice II – Etiquetas medicação organizada, segundo a Norma n.º 020/2014 LASA



aDRENALina1mg



digoXINA 0,5mg



aDENOSina 6mg



Midazolam 15 mg



aTROPina 0,5 mg



DOPamina200MG



Diazepam 10 mg

cefTRIAZONE

1gr



PropOFol 1%

50 ml

geNTAMICina

80mg/2ml

cefOTAXIMA

1 gr

VANCOmicina

250mg/500mg

**fluCLOXAcilina**

500 mg



**DOBUTamina**

12.5 mg

**DEXAmetasona200mg**

**PENicilina G sódica 1M.U.I**

## Apêndice III -Panfleto “Sou pai e agora?” serviço de Neonatologia

### • Dê atenção à esposa

No pós parto muitas mulheres têm instabilidade emocional é fundamental que lhe dê atenção.



### • Faça a gestão das visitas

de forma a que a mãe e o bebé possam descansar.



- **Cuide de si** como pai também é vulnerável ao stress faça uma alimentação adequada e procure descansar sempre que possível.

*«Ser pai é como ter dois corações e entender que o mais importante deles bate fora do nosso corpo »*

Fernando Guifer



Elaborado por: Ana Cristina Santos Valente (Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica) sob orientação: Enfermeira Especialista Diana Albuquerque



Serviço de Neonatologia



**Sou pai e agora?**

Cuidados ao bebé

Visu

## Dicas para o Pai

- Apoie a decisão da mulher relativamente à amamentação
- Acompanhe e incentive a amamentação
- Quando o bebé acordar leve-o até junto da mãe para ela amamentar
- Depois de mamar coloque o bebé a arrotar



- Adormeça o seu bebé

- **Dê banho ao seu bebé** é uma das melhores oportunidades para interagir com o seu filho, transmitir amor e carinho.



- **Mude fraldas e troque as roupas do seu**



- Brinque com o seu filho

- **Passeie com o seu filho**



- **Ajude nas tarefas de casa**

- **Faça massagens ao seu bebé** é importante para o alívio das cólicas e fortalecer os laços afetivos.





## Apêndice IV – Panfleto Parentalidade positiva realizado USF

### O encorajamento

- ◆ Ofereça oportunidades ao seu filho para desenvolver a perceção que é capaz e que pode dar o seu contributo
- ◆ Caso o seu filho mostre dificuldades para a resolução do problema, mostre disponibilidade para ajudá-lo

•« A mão que embla o berço e a mão que embla o mundo»  
*Abraham Lincoln*



**Pais felizes = filhos felizes**




### Parentalidade Positiva



### Consequências naturais e lógicas



- ◆ Decida com o seu filho o tipo de consequências para determinados comportamentos
- ◆ Crie experiências de aprendizagem para o seu filho

### Contactos da USF

**PÓLO CANAS DE SANTA MARIA:** 232 841 172  
Avenida da Igreja nº 205 3460-012 Canas de Santa Maria;

**PÓLO LAJEOSA DO DÃO:** 232 101 867  
Praça António Figueiredo Pereira 3460-153 Lajeosa do Dão TND

Correio eletrónico: [usfcandidofigueiredo@srsviscu.min-saude.pt](mailto:usfcandidofigueiredo@srsviscu.min-saude.pt)

### Recomendações

Elaborado por	Verificado por	Aprovado por	Válido até
Ana Cristina Santos Valente Revista Professora Doutora Isabel Bica Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica Fernanda Dias 05/2021	CT	CG	




### Parentalidade positiva :

É uma filosofia que promove a relação entre pais e filhos com base no respeito mútuo, numa forte conexão, na firmeza com empatia e generosidade, desenvolve habilidades de vida e é eficaz a longo prazo

### O que está por trás de um mau comportamento de uma criança?



O comportamento é a ponta do iceberg «é o que reclama»



### Recomendações

- ◆ Demostre interesse no seu filho
- ◆ Controle o seu comportamento



- ◆ Aceite a criança na sua natureza (não há duas crianças iguais, não há uma única forma de educar)
- ◆ Dê importância ao vínculo entre si e o seu filho
- ◆ Estabeleça conexão antes da correção
- ◆ Use um tom de voz respeitoso
- ◆ Eduque com firmeza com empatia e generosidade



### Recomendações

- ◆ Coloque limites claros sem usar desculpas tradicionais
- ◆ Dê ordem com liberdade ao seu filho
- ◆ Valide os sentimentos do seu filho (ele pode sentir o que quiser o que importa é melhorar comportamentos)
- ◆ Seja coerente e assertivo nas decisões que toma
- ◆ Foco na solução e não nos culpados





# Parentalidade Positiva



Orientação do estágio:  
Professora Doutora Isabel Bica  
Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e  
Pediátrica Fernanda Dias

Trabalho realizado: Ana Cristina Santos Valente  
Viseu, 21 maio 2021



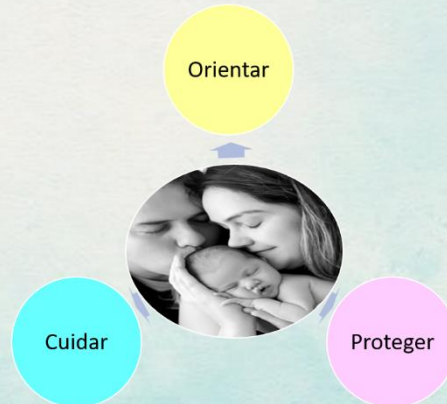
## Plano da seção

- Levar à reflexão dos profissionais de saúde sobre os diferentes tipos de parentalidade
- Possibilitar ao profissional de saúde durante a consulta de saúde infantil estar mais sensibilizado para as questões comportamentais da criança, relacionadas com o tipo de parentalidade
- Dotar o profissional de uma visão e de um conhecimento mais alargados por forma a poder esclarecer dúvidas dos pais relacionadas com a parentalidade

Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos didáticos	Avaliação	Tempo
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definição dos objetivos</li><li>• Justificação do tema</li></ul>	Expositivo interrogativo	Power Point	Avaliação Diagnóstica: Método: Formulação de Perguntas	5 min
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comparação entre os diferentes tipos de parentalidade</li><li>• Definição de parentalidade positiva</li><li>• Ferramentas para o exercício da parentalidade positiva</li><li>• Gestão dos comportamentos da criança tendo por base a parentalidade positiva</li></ul>	Expositivo interrogativo	Power Point	Avaliação diagnóstica: Método: Formulação de perguntas	15 min
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reflexão final</li><li>• Considerações futuras</li></ul>	Expositivo interrogativo	Power Point	Avaliação diagnóstica: Método: Formulação de perguntas	5min

## O que é a parentalidade ?

Já todos ouvimos dizer que ser Pai é a tarefa mais dura, mais difícil e ao mesmo tempo mais compensadora de todas



Ser pai e mãe é um trabalho difícil e às vezes desmoralizante (Magda Dias, 2015)

( Jane Nelson, 2002)

## Comportamentos/ atitudes das crianças

Arrogância	Não aceitar o não
Bater	Não ouvir
Birras	Gozar não colaborar
Chorar	Roubar
Consumismo	Uso excessivo do telemóvel
Desrespeitar	Não querer comer
Mentir	Não querer fazer os trabalhos de casa
Interromper	Conflito entre irmãos
Gritar	



( Jane Nelson, 2002)

## O que queremos para os nossos filhos no futuro quando forem adultos?

Características e habilidades para a vida	Desejo de cooperar
Amor autoconfiança	Contribuir
Autodisciplina	Ética
Auto estima auto motivação	Flexibilidade
Auto respeito	Habilidades para a resolução de problemas
Bondade	Habilidades de comunicação
Compaixão	Honestidade
Consciência social	Resiliência responsabilidade
Coragem	Senso de humor
Curiosidade	



( Jane Nelson,2002)

## O que queremos para os nossos filhos?



**As crianças consigam atingir o seu potencial**

( Jane Nelson,2002)

## Estilos de parentalidade



( Jane Nelson,2002)

## Parentalidade Autoritário

«Quem manda aqui sou eu»

- Regras claras
- Pais duros pouco afeto sem empatia
- Castigo ,Punição, palmadas ameaças
- Falta liberdade de escolha para os filhos
- Conseguem resultados existe ordem firmeza



( Jane Nelson,2002)

## Parentalidade Autoritária



Como se sentem os pais com os castigos ou palmadas que dão aos filhos?

«De onde tiramos a ideia absurda que para uma criança agir melhor precisamos antes de fazê-la sentir-se pior» (Jane Nelson 2002)

Na realidade a maioria dos pais tem boas intenções quando utiliza o castigo

Como se sentem as crianças com as palmadas e os castigos?



O castigo funciona?

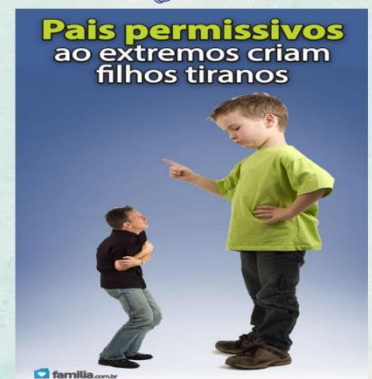
Para nos comportarmos bem precisamos de nos sentir bem

( Jane Nelson,2002)

## Parentalidade permissiva

- Não precisa de regras
- Os pais fazem tudo o que os filhos querem
- Superproteção
- Falta de limites
- Falta de ordem
- Liberdade ilimitada
- Muito afeto
- Pouca firmeza

« O que queres meu filho? »

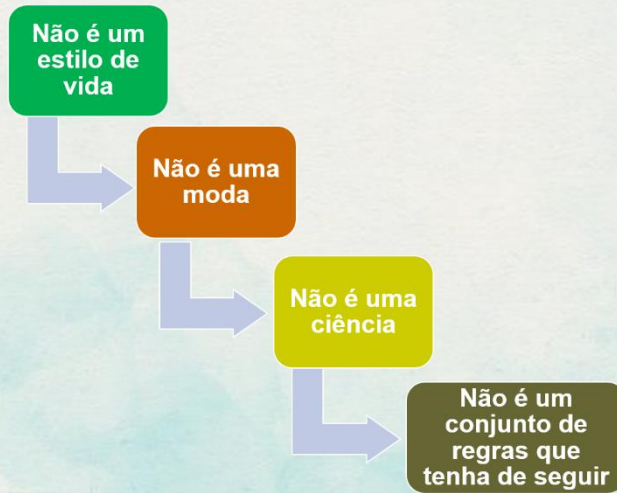


( Jane Nelson,2002)

## Parentalidade Permissiva



## Parentalidade Positiva



(Magda Dias, 2015)

## Parentalidade positiva: 5 critérios



( Jane Nelson,2002)

## Parentalidade Positiva

« Podes escolher dentro dos limites que demonstrem respeito por todos»



- Primeiro passo para a parentalidade positiva é aceitar a criança na sua **natureza**(não há duas crianças iguais, não há uma única forma de educar)
- O **vínculo** entre pais e filhos
- É uma filosofia que promove a relação entre pais e filhos com base no **respeito mutuo**(tal como nós eles também tem direito de se sentirem zangados, alegres são sentimentos e não comportamentos)
- Educa com **firmeza** mas também com **empatia** e **generosidade** ( ser empático é imaginarmos que estamos no papel do nosso filho e como gostaríamos de ser tratados naquela situação)
- Coloca **limites** claros sem usar desculpas tradicionais
- **Ordem** com liberdade
- **Escolhas limitadas**
- Não é permissiva nem autoritária
- **Valida o sentimento** qualquer sentimento é humano é possível(raiva, tristeza, alegria a criança pode sentir o que quiser não pode é reagir com comportamentos inadequados),validar o sentimentos é uma forma de estabelecer conexão

( Jane Nelson,2002)

## Parentalidade positiva

Parentalidade positiva é proativa é uma parentalidade que sabe que o desenvolvimento das crianças é feito por fases



## Ferramentas para uma Parentalidade Positiva

- Conexão antes da correção
- Ser gentil e firme ao mesmo tempo
- Oferecer escolhas limitadas
- Foco nas soluções e não dos culpados
- Falar menos agir mais crianças, fazem aquilo que os pais fazem
- Os erros são excelentes oportunidades de aprendizagem
- Perguntar mais
- Usar um tom de voz respeitoso
- Validar o sentimento
- Controlar o nosso próprio comportamento
- Demonstrar interesse nos filhos



(Magda Dias,2015)

## O que está por trás de um mau comportamento de uma criança

- Atenção indevida
- O comportamento é a ponta do iceberg «e o que reclama»
- É preciso observar o que está por trás do comportamento



( Jane Nelson,2002)

## Consequências naturais e lógicas

Alguma vez perguntou si próprio o que estarão as crianças a pensar quando estão a ser castigadas?

- Algumas decidem não repetir o comportamento por intimidação medo
- Outras estão a pensar em vingar-se
- Outras a pensar como podem não ser apanhadas de uma próxima vez
- Outras sentem-se injustiçadas

Uma consequência natural é tudo aquilo que acontece sem a intervenção do adulto  
exemplo: quando não comemos sentimos fome

É importante decidir o tipo de consequências  
Criar uma experiência de aprendizagem  
Sempre que possível envolver a criança previamente na decisão das consequências

( Jane Nelson,2002)

## Consequências naturais e lógicas

### • Exemplo:

- A Júlia é uma criança de 11 anos, a mãe está constantemente a resmungar com ela para que ponha a roupa suja no cesto da roupa suja, a Júlia queixava-se que o seu equipamento não estava lavado era frequente a mãe lavar-lho à parte para ela ir ao treino.
- Até que a mãe explicou-lhe que daí em diante só lavaria as roupas que estavam no cesto da roupa suja e de forma firme e gentil disse á filha que confiava que ela era capaz de pôr o equipamento sujo no cesto.
- Chega o dia do treino a Júlia não tem o equipamento lavado quando se queixou à mãe esta respondeu « aposto mesmo que estas desapontada por não ter o equipamento lavado» quando a filha lhe pediu para a mãe o lavar ela respondeu « estou certa que encontraras outra solução».

( Jane Nelson,2002)

## O encorajamento

« As crianças precisam de encorajamento, tal como as plantas necessitam de água: elas não podem sobreviver sem isso»  
Dreikurs

- O encorajamento consiste na oferta de oportunidades à criança para desenvolverem a perceção de que são capazes e que podem dar o seu contributo
- As crianças sentem-se encorajadas quando sentem que os pais compreendem o seu ponto de vista
- Os pais devem demonstrar compreensão pelo aquilo que criança pode estar a sentir ou a pensar
- Os pais devem partilhar os seus sentimentos e as suas perceções
- Os pais devem perguntar á criança se estaria disposta a trabalhar consigo para arranjar uma solução, se ela não tiver de soluções

(Magda Dias,2015)

## Considerações finais

- **«Eles até podem ser os príncipes e as princesas lá de casa, mas o rei e a rainha somos nós»**

**Magda dias**

- **« A mão que embala o berço e a mão que embala o mundo»**  
**Abraham Lincoln**



**Obrigada**

## Referências Bibliográficas

- Dias, M.G., (2015). Crianças Felizes. 1ª Edição Lisboa: Esfera dos Livros
- Dias, M.G., (2018). Para de Chatear a tua irmã e deixa o teu irmão em paz! 1ª Edição Lisboa: Editorial Presença
- Nelson, J., (2002). Disciplina positiva. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, 26, 4744-4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros. Acedido em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padresqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padresqualidcuidesip.pdf)
- Regulamento n 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2(140), pp. 4744-4750. Acedido em <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

