

RESUMO

A parentalidade desenvolve-se com a intervenção de ingredientes vários e complexos. Alguns deles são coletivos e mudam com o tempo, outros são históricos, jurídicos, sociais e culturais. Outros são mais íntimos, privados, conscientes ou inconscientes, pertencem a cada um dos dois progenitores enquanto pessoas e enquanto futuros pais, ao casal, à própria história de cada um, à família. Resta uma outra série de fatores que pertencem à própria criança que transformam os seus progenitores em pais.

O contributo por parte do Enfermeiro Especialista da Criança e do Jovem numa consulta diferenciada, que designámos de Escola de Pais, parece-nos fundamental para uma aquisição de competências parentais mais fundamentada e consistente.

Neste sentido foi realizado um estudo de natureza qualitativa do tipo exploratório-descritivo, delineando a seguinte questão de investigação e que se constituiu como orientadora da nossa pesquisa: “Qual a perceção dos profissionais de saúde sobre o trabalho desenvolvido na área da preparação para a parentalidade”.

Acreditamos que o conhecimento dos significados atribuídos pelos profissionais de saúde inquiridos sobre a sua experiência nesta área, contribuirão para uma melhor implementação de uma consulta de preparação dos pais para a parentalidade.

Os resultados obtidos permitiram verificar que os profissionais se sentem motivados e preparados para actuar em multidisciplinaridade nesta consulta; que o trabalho desenvolvido tem-se revelado uma mais-valia para os pais que frequentam a consulta de preparação para a parentalidade e mostraram uma boa adesão por parte dos pais e família bem como ganhos em saúde para a criança.

Palavras-chave: Competências Parentais; Cuidados de Saúde Primários Escola de Pais; Parentalidade.

ABSTRACT

Parenthood is built over complex ingredients. Some of them collective, changing as time passes by; others historical, legal, social and cultural. And others are more intimate, private, conscious or unconscious, and belong to each and every parent as individual and prospective parents, to the couple, to each one's experience, to the family. Remains another set of factors that belong to the children that transform people into parents. The contribution of the Nurse Specialized in Children Health, in a differentiated medical, which we called the School for Parents, seems essential to acquire skills for a more rational and consisting parenthood.

In order to come to a conclusion, it was carried out an exploratory-descriptive qualitative study, outlining as a main research guiding question: "What's the perception of health professionals about the developed work in the area of preparation for parenthood." We believe that being aware to the importance of the health professional's experience and knowledge in this area will reveal advantages that will contribute to a better implementation of an identical medical.

The results allowed us to verify the receptivity of health professionals towards the implementation of a medical preparation to parenthood, in primary health care, as a complement of the regular medical check-up. Furthermore, they revealed a significant accession from the parents and family as well as health gains for children.

Palavras-chave: Parenthood Skills. Primary Health Care. School for Parents. Parenthood.

PENSAMENTO

“A educação de uma criança começa 100 anos antes dela nascer.”

Napoleão Bonaparte

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a todas as crianças do mundo, porque é nelas que vemos espelhado o nosso futuro.

Desejamos acima de tudo que a sua saúde seja elevada, assim como a sua qualidade de vida quer a curto como a longo prazo.

AGRADECIMENTOS

Quero demonstrar toda a minha gratidão a todos os que colaboraram, direta ou indiretamente, na realização deste trabalho e sem os quais este não seria possível.

Assim sendo, o meu primeiro agradecimento vai para a Professora Doutora Ernestina Batoca Silva, pela colaboração e disponibilidade demonstrada na orientação do mesmo. Foi mais do que uma professora, foi uma amiga.

Agradeço também ao incentivo que tive por parte dos meus colegas de trabalho, para não desistir, apesar de todos os constrangimentos que pudessem existir na conciliação de todas as atividades.

Por último, mas não menos importante, agradeço à minha família, em especial ao meu marido Nuno, por toda a paciência e carinho nos momentos de algum cansaço e desmotivação.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RN – Recém-nascido

EUA – Estados Unidos da América

ALTE - Apparent Life Threatening Events

DGS – Direção Geral de Saúde

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USP – Unidade de Saúde Pública

USF – Unidade de Saúde Familiar

ARS – Administração Regional de Saúde

UE – Unidades de Enumeração

AAP - Academia Americana de Pediatria

SMSL – Síndrome de Morte Súbita no Lactente

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Participantes no Estudo.....	33
Quadro 2 Matriz da categoria “Conhecimentos sobre competências parentais”	37
Quadro 3 Matriz da categoria “Opinião sobre a escola de pais”	40
Quadro 4 Matriz da categoria “Contributos para a criação de uma escola de pais”	42

ÍNDICE

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ÍNDICE DE QUADROS

1.	INTRODUÇÃO	17
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA		
2.	CUIDAR EM SAÚDE INFANTIL	20
3.	PARENTALIDADE	23
4.	ESCOLA DE PAIS	26
PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPIRICA		
5.	METODOLOGIA	29
5.1.	QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	30
5.2.	OBJETIVOS	30
5.3.	DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	31
6.	PARTICIPANTES	32
6.1.	POPULAÇÃO E AMOSTRA	32
6.2.	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	33
7.	INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	34
8.	PROCEDIMENTOS	35
9.	MÉTODO DE ANÁLISE	36
10.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	37
11.	CONCLUSÕES E PROPOSTAS	43
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS		
ANEXO I – PEDIDOS E AUTORIZAÇÕES DAS ARS		
ANEXO II – QUESTIONÁRIO		
ANEXO III - PROJECTO DE ESCOLA DE PAIS		

1 - INTRODUÇÃO

Os indicadores de saúde infantil e juvenil e do adolescente dos últimos anos em Portugal evoluíram favoravelmente, e orgulhamo-nos de verificar que em três décadas a taxa de mortalidade infantil baixou de 35.9 por mil habitantes para 2.1. Paralelamente, assistimos a outros progressos na saúde da criança que revelam a natureza abrangente, o desenvolvimento e a firmeza de variados programas na resposta às necessidades deste importante grupo populacional, que segundo a Convenção da Organização das Nações Unidas, considera a criança como todo o ser humano até aos 18 anos.

Conscientes da natureza multidimensional dos problemas atuais e que preocupam em matéria de saúde infanto juvenil como sejam estilos de vida saudável, obesidade, acidentes, consumos de tabaco e álcool, problemas relacionais com os seus pares, os quais exigem abordagens pluridisciplinares mas também recursos multissetoriais para viabilizar planos de trabalho integrados, surgiu o interesse em criar uma consulta especializada nos cuidados de saúde primários.

Entendendo que este trabalho só será eficaz com um acompanhamento e monitorização ao longo de todo o ciclo vital e em que nos primeiros anos de vida da criança cabe às famílias um papel fundamental para a sua consecução queremos dar o nosso contributo de modo a intervir eficazmente junto dos mesmos. De facto, um caminho há a percorrer no sentido de potenciar as famílias para assumirem e desenvolverem comportamentos saudáveis. Acreditamos que ao investirmos na preparação para a parentalidade estaremos a contribuir para a melhoria do bem-estar da grávida/casal e da qualidade de vida das crianças, adolescentes e suas famílias.

Sendo um tema pouco discutido e estudado na área dos cuidados de saúde primários no nosso país e preocupadas com alguns constrangimentos resultantes da nossa vivência profissional, desenvolvemos o presente estudo na esperança de poder fornecer alguns subsídios para esta temática que nos parece ser de grande relevância para a promoção da saúde da criança.

Partimos para um estudo de natureza qualitativa do tipo exploratório-descritivo, delineando como questão principal de investigação e orientadora da nossa pesquisa: “*Qual a perceção dos profissionais de saúde sobre o trabalho desenvolvido na área da preparação para a parental idade*” Acreditamos que o conhecimento dos significados atribuídos pelos profissionais de saúde sobre a sua experiência nesta área nos revelará qualidades desta

experiência que, conseqüentemente, contribuirão para uma melhor implementação de uma consulta idêntica.

Com o presente estudo temos como objetivo geral conhecer a percepção e experiências de alguns profissionais de saúde relativamente ao trabalho desenvolvido em escolas de pais ou preparação para a parental idade. Definimos como objetivos específicos os seguintes:

- Identificar os conhecimentos dos profissionais na área das competências parentais;
- Perceber as razões que justificam a existência de escola de pais;
- Conhecer a opinião sobre os pontos fortes e pontos fracos desta consulta;
- Refletir sobre os aspetos mais relevantes e passíveis de concorrerem para a melhoria da promoção da saúde infantil.

Para a consecução deste trabalho e assentes nos objetivos a que nos propusemos, optámos pela elaboração de um questionário de forma a dar maior liberdade de expressão aos participantes e facilitar a sua colaboração no estudo. A colheita de dados decorreu durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2011, tendo participado um total de 4 profissionais de saúde da ARS Algarve pertencentes ao ACES Central. A análise dos questionários realizou-se recorrendo à análise de conteúdo do tipo temático e frequencial, de acordo com (BARDIN, 2001, 2007; AMADO, 2000).

O trabalho está dividido em duas partes sendo que a Parte I é constituída pela fundamentação teórica onde são descritos os temas abordados: cuidar em saúde, a parentalidade e a escola de pais. Por sua vez, a Parte II é dedicada ao estudo empírico, no qual foi descrita a metodologia, os participantes, os procedimentos realizados, os resultados obtidos, e as principais conclusões e propostas.

PARTE I
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 - CUIDAR EM SAÚDE INFANTIL

Entendemos que a realização de um trabalho, que tem como objetivo promover intervenções na área da saúde infantil, contribuirá significativamente para a melhoria dos cuidados de enfermagem a nível das necessidades essenciais da criança.

O processo de desenvolvimento de uma criança é um processo vasto que vai desde a concepção, emerge de maneira ordenada e é relativamente duradouro, sendo primordial nos primeiros anos de vida, pois é nesta etapa da vida que a criança, segundo Brazelton & Greenspan (2002) estabelece as bases para o seu desenvolvimento, pois apresenta maior plasticidade e resiliência para responder aos estímulos que recebe e para se adaptar aos fatores que possam influenciar o seu desenvolvimento.

A criança é um ser em desenvolvimento cujo crescimento se exprime através de simultâneos comportamentos ou reações bioanatómicos, psicológicos e sociais, que evoluem de acordo com as leis da maturação neurológica, sendo a sua ordem de sucessão a mesma para todos os indivíduos, mas diferem simplesmente em relação ao ritmo a que sucedem uns dos outros (Bellman, et al 2003).

Moor et al (1994) referem que apesar do significado normal do desenvolvimento ser amplo e não ser idêntico para todas as crianças, quando a criança não o obtém em relação a uma aptidão do desenvolvimento esperada para a idade, há que investir e intervir precocemente.

No entanto os mesmos autores referenciam que o desenvolvimento ao contrário do crescimento pode ser difícil de medir, mas o importante é que este aconteça de uma forma multidimensional, integral e contínua, com padrões únicos de interação.

No entanto há uma série de fatores que estão correlacionados com as experiências adversas da vida, ligados à família, ao meio ambiente e à sociedade que podem condicionar a plenitude do desenvolvimento da criança fazendo com que esta apresente alterações no seu desenvolvimento ou na aquisição de competências nomeadamente a nível visual, auditivo, fala e linguagem, autonomia e cognitivo, pois como nos referem Bellman, et al (2003), se estes défices ou alterações não forem atendidos em tempo oportuno, podem deixar sequelas graves ou diminuir as capacidades da criança definitivamente.

Muitos casos não se detetam e outros não chegam a ser sinalizados impedindo, assim, a possibilidade da criança de adquirir competências para se desenvolver harmoniosamente.

Uma intervenção apropriada às necessidades da família e da criança constitui uma estratégia preventiva de cuidados de saúde à criança.

Dworkin (2001), define vigilância do desenvolvimento como sendo um processo contínuo e flexível através do qual os profissionais, executam uma série de observações nas crianças durante a consulta. As componentes do processo de vigilância do desenvolvimento incluem suscitar e prestar atenção às preocupações dos pais, obter uma história relevante do desenvolvimento, realizar observações informais e precisas das crianças e partilhar as opiniões e problemas com outros profissionais relevantes neste contexto. Tudo isto, constituem aspectos fulcrais na promoção da saúde.

Concordamos com Bellman, et al (2003) quando referem que a promoção da saúde, a avaliação e o rastreio de possíveis alterações no desenvolvimento infantil não são realidades isoladas e deverão constituir o foco preferencial a nível da saúde infantil de todos os profissionais, com intervenções direcionadas à família para que esta possa ficar dotada de competências para interagir com a criança, a fim de desenvolver todo o seu potencial.

Papalia et al (2001), mencionam que na sociedade atual a família é a célula vital que fortalece o processo de crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, afetivo e social dos seus membros, sendo nos primeiros anos de vida que esta tem influência fundamental no desenvolvimento da criança.

A vigilância de saúde da criança e do seu desenvolvimento e a conseqüente promoção de saúde, é um empreendimento ambicioso que implica grande exigência de recursos, conhecimento e capacidade ajustada por parte dos enfermeiros para comunicarem com os pais.

As estratégias de intervenção devem começar pelos pais, porque estes são os principais agentes de ensino dos seus filhos, pois há uma forte evidência que as abordagens educativas adequadas e prolongadas por toda a vida, o apoio às famílias com permanência de serviços adequados podem melhorar o desenvolvimento e despertar competências na criança.

Assim, como Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria temos presente que esta por ser detentora de uma posição privilegiada a nível dos cuidados à criança/família, consideramos de grande importância saber intervir precocemente junto da criança/família, bem como saber identificar os vários fatores de risco que poderão afetar o seu desenvolvimento para que possamos acionar ações que visem dotar os pais de competências para que estes interajam da melhor maneira com os seus filhos.

Esta visão é compartilhada por Coutinho (2004), ao afirmar que os pais mostram um elevado nível de satisfação com os programas de formação parental, pois proporcionam-lhes a aquisição de conhecimentos, levando a que estes alterem as suas crenças, expectativas e atitudes de práticas parentais que se refletirão nas experiências, interações e competências que a criança alcançará ao longo da vida.

De facto, as intervenções de enfermagem, aumentam o conhecimento das mães para que compreendam melhor os seus filhos e incentivam a aprendizagem sobre o desenvolvimento infantil e são eficazes pois reforçam o conhecimento e o incentivo das mães na promoção do desenvolvimento infantil.

Os enfermeiros por se encontrarem numa posição privilegiada em relação ao atendimento da criança, devem centrar-se em estratégias pertinentes para trabalhar as famílias, para que estas possam promover cuidados adequados às suas crianças, devem abordar a importância do papel parental na promoção de competências e na saúde da criança, realizar consultas aos pais, para que estes compreendam os sinais comportamentais dos filhos para poderem orientá-los.

Desta forma realizar este relatório leva-nos a refletir sobre a importância de melhorar os nossos conhecimentos teórico práticos para intervir junto dos pais, a fim de minimizar a falta de conhecimento dos pais em relação às medidas promotoras do desenvolvimento infantil e tentar colmatar algumas alterações a nível do desenvolvimento esperado para as crianças.

Acreditamos que todos os enfermeiros, essencialmente os Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, enquanto profissionais de saúde e de educação, devem ser dotados de formação científica e técnica adequada e atualizada, aliada a elevados valores humanos, para que possam estar ao nível das expectativas de quem em eles confiam.

3 - PARENTALIDADE

A promoção de competências parentais, previne negligências, maus tratos e abusos na infância. Se às famílias forem disponibilizados os apoios adequados para o desenvolvimento de competências parentais criam-se condições para prevenir algumas doenças, comportamentos de risco ou mesmo problemas mais graves nas crianças.

O artigo 68.º da Constituição da República Portuguesa determina que a maternidade e paternidade constituem valores sociais eminentes e, como tal, os pais e as mães têm direito à proteção da sociedade e do Estado na realização da sua insubstituível ação em relação aos filhos. Determina ainda que as mulheres trabalhadoras têm direito a um período de dispensa de trabalho, antes e depois do parto, sem perda da retribuição e de quaisquer regalias.

Este direito é efetivado pela lei integrando duas dimensões:

- Dimensão jus-laboral - justificação para faltar ao trabalho durante esse período de tempo;
- Dimensão de segurança social - direito a um rendimento substitutivo, através de subsídios.

A proteção na parental idade aplicável aos trabalhadores que exercem funções públicas, nas modalidades de contrato de trabalho em funções públicas ou de nomeação, encontra-se prevista na legislação laboral, concretamente nos art.ºs 33.º a 65.º do Código do Trabalho - revisto pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro – que substituem as disposições correspondentes do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas, por força do disposto no art.º 22.º da Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro, que o aprova.

A segurança social/proteção social na eventualidade maternidade, paternidade e adoção – parental idade, está definida no Decreto-Lei n.º 89/2009, de 9 de abril, para os trabalhadores beneficiários do regime de proteção social convergente, e no Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de abril, para os trabalhadores beneficiários do regime geral de segurança social (DIREÇÃO GERAL DA ADMINISTRAÇÃO E DO EMPREGO PÚBLICO, 2009)

Concordamos com os autores do projecto Info Ser Mãe (2011), pois acreditamos que é possível criar uma sociedade mais justa e solidária se investirmos nas nossas crianças, começando mesmo antes de elas nascerem, e lhes proporcionarmos um ambiente de conforto, segurança e muito amor. Nesse sentido, importa dinamizar e apoiar estratégias e iniciativas várias que visem essencialmente a criação de ambientes favoráveis para os

núcleos familiares. Sabemos que não há soluções mágicas, mas temos consciência que todos temos capacidades e potencialidades. Contudo, é necessário redescobri-las e desenvolvê-las. Ao partilhar informação e experiências, que respeitando a diversidade e também a individualidade de cada um, promovemos as condições necessárias para a tomada de decisões de forma consciente e autónoma em diferentes áreas.

O novo Código de Trabalho publicado em 12 de fevereiro de 2009, em vigor desde 1 de maio de 2009, na secção relativa à parental idade reformulou o regime existente, reveu algumas das regras existentes e acrescentou várias novas regras nesta matéria. Um dos aspectos foi as condições ideais para a amamentação que prendem-se essencialmente com dois aspetos fundamentais: a quantidade de tempo que a mãe e o bebé passam juntos e o reconhecimento e respeito dos especiais cuidados necessários durante o período de amamentação. A legislação portuguesa laboral em matéria de proteção da parental idade consagra diversas normas que, quer direta quer indiretamente, reconhecem e respeitam as especiais características da amamentação. Sendo mesmo, apesar das ainda existentes falhas, uma legislação bastante desenvolvida quando comparada com a de outros países como a Espanha e a Inglaterra (INFO SER MÃE, 2011).

Se por um lado são consagrados direitos tão importantes como estes, é necessário que os trabalhadores em diversos estágios, tais como grávida, mãe, pai, avós, adotantes, etc., os conheçam para que possam deles tirar partido em benefício das crianças.

A proteção social na parental idade consiste, também, na atribuição de subsídios nas situações de risco clínico durante a gravidez, na interrupção da gravidez, em situações de risco específico, de nascimento de filhos, na adoção e em situações de assistência a filhos e a netos. No caso dos trabalhadores, estes subsídios destinam-se a substituir os rendimentos de trabalho perdidos, nos períodos de impedimento para a atividade profissional. É nesta matéria é mais uma vez fundamental a informação dos pais e famílias (SEGURANÇA SOCIAL, 2008).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e na família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. 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. São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às

famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência ou gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Pretende-se com a articulação de todos estes conhecimentos, que dizem respeito a diversas áreas, melhorar e promover a qualidade da relação parental, procurando minimizar as situações de risco para as crianças e jovens e, simultaneamente incentivar as famílias para um desenvolvimento saudável, ajustado e adaptado aos menores.

4 - ESCOLA DE PAIS

Faz parte das competências do enfermeiro, mas essencialmente do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem, investir na promoção da saúde infantil e da família, fazendo com que o seu desenvolvimento seja o foco de maior relevância para os pais, visto ser aquele em que há uma maior interação para que se transforme em habilidades e competências tudo o que a criança já traz de forma a lhe proporcionar sucesso e felicidade no futuro.

Não podemos pensar em prevenir, sem antes estarmos conscientes que para prevenir é preciso intervir, porque é através do fornecimento de conhecimentos adequados que estaremos a promover medidas antecipatórias que visam a mudança/melhoria da saúde das populações.

A realização de um projeto permite desenvolver uma cultura de autonomia, pesquisa e reflexão, o que implica um compromisso de aprendizagem e permite a operacionalização de competências favorecendo o desenvolvimento profissional/pessoal de cada enfermeiro. Ao abraçarmos este trabalho, tendo como finalidade a sua implementação na unidade onde trabalhamos, temos a convicção que nos alicerçamos em experiências consolidadas, de modo a nos prepararmos para intervir na família a célula base da sociedade.

As intervenções de enfermagem dentro das estratégias que visam a promoção do desenvolvimento infantil são permeadas pela construção de uma prática que promove o envolvimento dos pais no cuidar dos seus filhos e que os assiste a nível das competências e sensibilização, para que estes estejam despertos sobre a importância de um bom desenvolvimento adequado às suas idades, pois como nos referem Gomes Pedro et al (2005) há uma parte de nós que nos chega através da evolução, e que é transmitida pelo genoma e há uma outra que é transmitida pelo acultramento que é resultado da ação dos pais, da escola e da sociedade em que está inserida numa cultura específica.

De facto, não são só os pais os responsáveis pelo desenvolvimento e educação das crianças, mas sem dúvida que é a eles que cabe o papel mais activo e a responsabilidade familiar. Daí a importância do empowerment e da parentalidade. Actualmente, é dada grande ênfase à promoção da saúde e, as escolas de pais ou iniciativas que promovam a parentalidade têm surgido um pouco por todo o lado. Podemos mencionar algumas dinâmicas nesse domínio existentes no nosso país:

- ARS Algarve, nomeadamente no ACES Central com as seguintes unidades: UCC Gentes de Loulé; UCC S.Brás de Alportel; UCC Olhar Mais – Olhão;USF Ria Formosa- Faro e Centro Saúde de Albufeira;

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

5 - METODOLOGIA

A metodologia é considerada por Fortin (2000) como o conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação. Considerando o método como o caminho para se chegar a determinado fim, como nos afirma Gil (2008), podemos entender o método científico como um “*processo de aquisição de conhecimentos definido pela utilização de métodos reconhecidos de colheita de dados, de classificação, de análise e de interpretação dos dados*” (FORTIN, 2000, p.372).

Deste modo, para um conhecimento ser científico, é fundamental identificar as operações mentais e técnicas que possibilitam a sua verificação, ou seja, determinar o método através do qual se conseguiu adquirir determinado conhecimento (GIL, 2008). É neste sentido, que ao longo deste capítulo procuramos descrever de uma forma clara o percurso realizado na efetivação deste estudo, possibilitando assim uma visão global do mesmo.

A nossa experiência tem demonstrado que apesar dos indicadores de saúde infantil e juvenil e do adolescente dos últimos anos em Portugal terem evoluído favoravelmente, um caminho há a percorrer no sentido de potenciar as famílias para assumirem e desenvolverem comportamentos saudáveis. Acreditamos que ao investirmos na preparação para a parental idade estaremos a contribuir para a melhoria do bem-estar da grávida/casal e da qualidade de vida das crianças, adolescentes e suas famílias.

Optamos por um estudo exploratório, que procura conhecer a perceção que os profissionais de saúde envolvidos em projetos semelhantes têm, e a sua opinião sobre a adesão por parte dos utentes. Consideramos que tem subjacente uma **perspetiva fenomenológica**, uma vez que este visa conhecer uma realidade do ponto de vista das pessoas que a vivem (FORTIN, 2000).

Seguimos uma **metodologia qualitativa**, pois teve-se em consideração o facto desta ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e o seu ambiente, em todas as complexidades). Neste contexto podemos afirmar que, do ponto de vista conceptual, o plano de investigação definido insere-se no nível **exploratório-descritivo** (FORTIN, 2000).

A análise dos questionários realizou-se recorrendo à análise de conteúdo do tipo temático e frequencial, de acordo com Bardin (1977, 2009) e Amado (2000).

O conhecimento, a discussão e reflexão sobre esta realidade contribuirão para promover e consolidar os cuidados em saúde infantil incidindo na promoção da parental idade.

5.1 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Assentes nestes pressupostos, e preocupadas com alguns constrangimentos resultantes da nossa prática profissional no contexto dos cuidados de saúde primários, e após alguma reflexão sobre esta realidade, delineámos como **questão principal de investigação** orientadora da nossa pesquisa: “Qual a percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho desenvolvido na área da preparação para a parental idade”.

Acreditamos que através da expressão vivencial dos profissionais de saúde e que nos comunica as suas opiniões, as suas percepções, resultantes da sua experiência pessoal estaremos mais preparadas para avançar com um projeto de intervenção nas famílias no sentido de lhes conferir mais competências. Entendemos que o estudo da experiência vivida por outros nos orientará para o conhecimento da realidade dos cuidados à família e nos dará pistas para avançarmos com um projecto semelhante.

Da principal questão de investigação derivam **outras questões de investigação**:

- Quais os conhecimentos dos profissionais na área das competências parentais;
- Quais as razões que justificam a existência de escola de pais;
- Qual a opinião dos profissionais de saúde sobre os pontos fortes e pontos fracos desta consulta;
- Quais os aspetos mais relevantes e passíveis de concorrerem para a melhoria da promoção da saúde infantil.

5.2 - OBJETIVOS

Norteadas por estas questões, e considerando ser importante aprofundar os conhecimentos sobre promoção de saúde e da parental idade definimos como objetivo geral:

Conhecer a percepção e experiências de alguns profissionais de saúde relativamente ao trabalho desenvolvido em escolas de pais ou preparação para a parental idade.

Definimos como objetivos específicos os seguintes:

Identificar os conhecimentos dos profissionais na área das competências parentais;

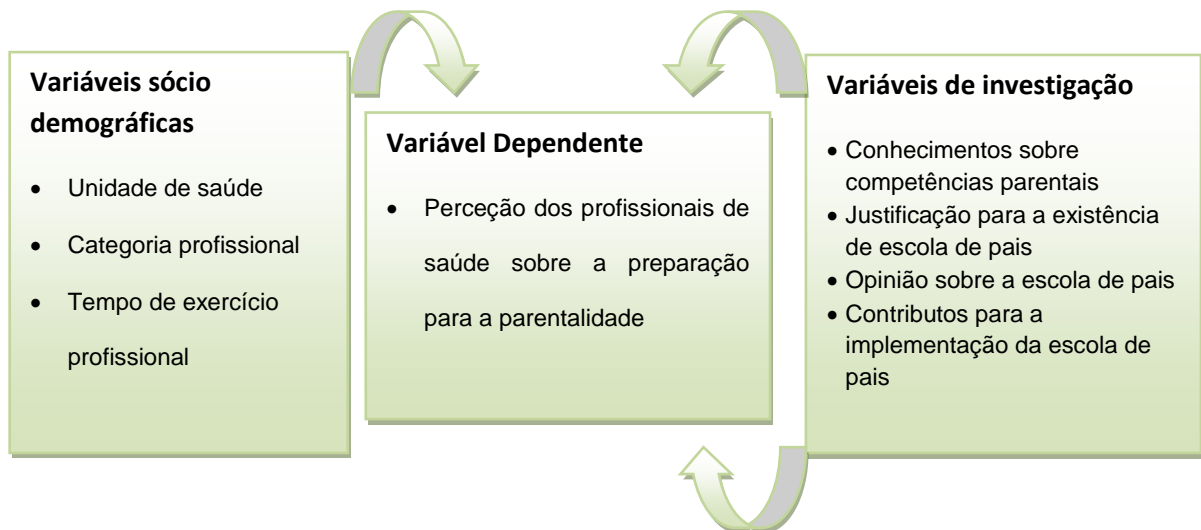
Perceber as razões que justificam a existência de escola de pais;

Conhecer a opinião sobre os pontos fortes e pontos fracos desta consulta;

Refletir sobre os aspetos mais relevantes e passíveis de concorrerem para a melhoria da promoção da saúde infantil.

5.3 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Considerando a temática em estudo e a sua operacionalização em termos de variáveis e resultados a obter, elaboramos o seguinte desenho de investigação.



6 - PARTICIPANTES

Na investigação qualitativa os indivíduos são seleccionados para participar no estudo de acordo com a sua experiência ou vivência do fenómeno de interesse (STREUBERT e CARPENTER, 2002).

6.1 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para a consecução deste estudo, definimos como **população** os profissionais que integram todas as unidades de saúde que possuem programas de preparação para a parentalidade a nível nacional. Assim, solicitamos às cinco ARS que constituem o Serviço Nacional de Saúde, designadamente ARS Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve autorização e colaboração para a realização do estudo. Esta escolha prendeu-se essencialmente com o facto de ser nosso intuito procurar conhecer o fenómeno no contexto nacional e perceber qual a sua dimensão e eficácia.

Tendo a percepção que existem escolas de pais sobretudo ligadas ou afeitas a outras organizações que não os cuidados de saúde primários e entendendo que existem profissionais de saúde com formação e motivados a implementar projetos idênticos, quisemos num primeiro momento identificar a existência de escolas de pais ou projetos com a mesma finalidade no nosso país.

Obtivemos resposta por parte da ARS Algarve, nomeadamente o ACES Central que nos informou da existência das seguintes unidades que têm projetos de "Preparação para a Parentalidade": UCC Gentes de Loulé; UCC S.Brás de Alportel; UCC Olhar Mais – Olhão;USF Ria Formosa- Faro e Centro Saúde de Albufeira.

Após várias tentativas por contacto telefónico e que se revelaram infrutíferas ,estabelecemos contacto através de e-mail com cada uma delas. Apenas se mostrou receptiva em colaborar neste estudo a unidade de cuidados na comunidade “Olhar Mais” – Centro de Saúde de Olhão.

Consideramos este tipo de amostragem não probabilística por conveniência..

6.2 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Como já referimos anteriormente, respondeu-nos favoravelmente à participação no estudo a UCC “Olhar Mais” – Centro de Saúde de Olhão. Foram enviados os questionários por e-mail para a coordenadora da unidade e obtivemos as respostas por correio.

Pela tabela 1 podemos observar a categoria profissional dos quatro elementos participantes.

Quadro 1 Participantes no Estudo

Participantes	Nº	%
Enfermeira Especialista	1	25,0
Técnica de diagnóstico e terapêutica	1	25,0
Psicóloga clínica	1	25,0
Nutricionista	1	25,0
Total de Participantes	4	100,0

De acordo com os resultados obtidos verificamos que o tempo de exercício profissional dos participantes situa-se entre 2 e 14 anos de serviço, sendo a técnica de diagnóstico e terapêutica a mais nova na unidade.

7 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Na perspetiva de Fortin (2000), os dados a colher com a ajuda de um instrumento de medida devem ser exatamente os necessários para responder aos objetivos da investigação. A mesma autora acrescenta que há diversas formas de efetuar a colheita de dados, sendo da competência do investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor se adequa ao objetivo do estudo e às questões de investigação.

Assim, tendo em conta os objetivos a que nos propusemos, optamos pela elaboração de um questionário com perguntas abertas para permitir uma maior liberdade de expressão. Tendo em conta a abrangência do estudo e o tempo que dispúnhamos para a realização do mesmo, consideramos ser este o método mais prático e exequível.

Embora tenhamos presente, como nos afirma Fortin (2000), que se um investigador quer explorar as perceções dos participantes no que se refere a situações particulares, estes podem sentir-se mais à vontade em falar do que em organizar o seu pensamento e transmitir os seus sentimentos por escrito, não consideramos ser esta uma alternativa viável para o nosso estudo.

8 – PROCEDIMENTOS

Numa investigação, os requisitos éticos terão que ser sempre considerados. O comprometimento com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional, de assegurar que o desenho dos estudos sejam sólidos sob o ponto de vista ético e moral (ROBLEY, 1995).

O processo de investigação deve definir os aspetos éticos a ter em conta em todas as suas etapas, sobretudo se for entendido que a ética se refere à qualidade das técnicas de investigação no que diz respeito ao cumprimento de obrigações profissionais, legais ou sociais para os sujeitos do estudo. Assim, a ética em investigação diz respeito à qualidade dos procedimentos, desde o início ao fim da pesquisa, desde a escolha da técnica adequada até à pertinência e validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento (GAGEIRO, 2005).

Neste contexto, o investigador deve obter a autorização das instituições envolvidas e o consentimento informado para a colaboração dos participantes. O investigador deve também garantir aos participantes que a confidencialidade e o anonimato serão respeitados.

Com base no que afirmamos, iniciou-se este percurso com a formalização por escrito do pedido de autorização (Anexo 1) às referidas cinco ARS.

Para a autorização do estudo fomos contactadas pelas Comissões de Ética das ARS de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve que solicitaram o envio do projeto deste trabalho. Após termos recebido a autorização destas duas ARS (Anexo 1), foi estabelecido o contacto telefónico e por e-mail. A colheita de dados decorreu durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2011, tendo participado um total de 4 profissionais de saúde da ARS Algarve pertencentes ao ACES Central.

Na apresentação dos dados recorreremos à utilização de alguns códigos linguísticos com os seguintes significados:

(...) – excerto da transcrição original sem relevância para a análise;

[] – frases ou palavras omissas que clarificam o significado das declarações.

9. MÉTODO DE ANÁLISE

A fase que se segue à colheita de dados é denominada por Gil (2008) de análise dos dados. Caracterizada por ser um processo de indagação e de organização sistemática da narrativa dos participantes e tem como objetivo a compreensão desses mesmos materiais (BOGDAN e BIKLEN, 1994).

Recorremos à técnica de análise de conteúdo, do tipo temático e frequencial, de acordo com Bardin (1977, 2009) e Amado (2000). Assim, procuramos “arrumar” num conjunto de categorias de significação as expressões dos participantes.

Iniciámos este processo com a leitura flutuante de todos os questionários com o propósito de estabelecer as categorias de análise e prosseguimos com a realização de uma leitura atenta e minuciosa de todos os questionários (AMADO, 2000).

Por fim decidiu-se as expressões abrangentes com que se designariam as categorias, quais as subcategorias que especificariam algumas qualidades, e as unidades de registo que correspondem ao verdadeiro sentido das expressões. Este processo, denominado de categorização, possibilitou desta forma que categorias e subcategorias emergissem dos depoimentos escritos, contendo todas as unidades de registo, classificando-as por semelhança (BARDIN, 1977, 2009; AMADO, 2000).

10. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste capítulo, iremos apresentar as **categorias** e respetivas **unidades de registo**. Recorremos ao uso de quadros síntese, no sentido de dar maior visibilidade à análise que fizemos face aos relatos verificados nos questionários. Os quadros incluem as três **categorias** que emergiram da interpretação que foi feita dos dados e que nortearam o nosso estudo. Nele incluímos as **unidades de enumeração (UE)** representativas da quantificação das **unidades de registo** referentes aos segmentos ou expressões dos participantes.

A primeira categoria de análise (Quadro 2) **conhecimentos sobre competências parentais** indica-nos que existe uma concordância entre os diferentes profissionais de saúde sobre a abrangência do conceito “parentalidade”. Apontam para a diversidade de competências que implica este conceito, abrangendo as várias áreas do saber. Responsabilizam os pais pela aquisição deste tipo de competências, na medida em que serão eles os promotores do desenvolvimento, crescimento e saúde dos seus filhos. Defendem o envolvimento dos profissionais de saúde, como facilitadores da aquisição dessas mesmas competências.

Quadro 2 Matriz da categoria “Conhecimentos sobre competências parentais”

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	UE
Conhecimentos sobre competências parentais	<i>“Competências iniciadas na gravidez e desenvolvidas após o parto (...) estimuladas e otimizadas com apoio dos profissionais de saúde”</i> . P1	1
	<i>“O que os pais têm o dever de fazer de forma a criarem um filho saudável”</i> P2	1
	<i>“Competências relativas à alimentação, segurança e afetividade da criança.”</i> P3	1
	<i>“Capacidade dos pais de terem os cuidados necessários com os filhos em vários níveis”</i> P4	1

Preocupamo-nos em **justificar a existência de escola de pais** e colocamos uma questão sobre a opinião dos profissionais referente ao papel das consultas de vigilância de saúde infantil, saúde materna e planeamento familiar na promoção das competências parentais. Verificamos através da categoria “**Justificação para a existência de escola de pais**” uma consonância em afirmarem que estas consultas de vigilância tradicionais são insuficientes para preparar os pais para a parentalidade. As opiniões foram igualmente unânimes sobre a escassez de recursos humanos, disponibilidade e falta de formação específica das equipas.

São exemplos de unidades de registo as seguintes expressões: “*Têm falta de pessoal ou são pouco diferenciadas nesses temas (...) e podem transmitir conhecimentos errados ou insuficientes*” P1. “*Nem o mínimo é focado (...) muitos nem se dirigem a essas consultas*” P2. “*Pouco tempo que os médicos e enfermeiros têm para efectuar as consultas*”(…) *agitação dos serviços não é um fator facilitador (...) a maioria dos casais não vem às consultas de planeamento familiar*” P3. “*É questionável o empenho das equipas nas consultas de vigilância*” P4

Entendemos que tudo isto terá algum fundamento na actual reconfiguração dos cuidados de saúde primários e simultânea indefinição da mesma. As mudanças rápidas e consecutivas, põe em causa o início e continuidade deste tipo de projectos. A escassez e mobilidade de pessoal também são fatores que criam dificuldades e desmotivação nos profissionais.

A relação de confiança que se pretende entre as famílias e os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, sofreu uma quebra ao afectarem esses mesmos profissionais em orgânicas diferentes.

Parece-nos indiscutível que a eficácia e eficiência de uma consulta deste género só tenha resultados visíveis a médio/longo prazo, devendo portanto, ser uma equipa com alguma estabilidade.

A terceira categoria que emergiu corresponde à “**Opinião sobre a escola de pais**”. Sobressaíram sobretudo aspetos positivos e criamos uma subcategoria que denominamos de “**pontos fortes**”. São evidentes expressões que valorizam a importância da escola de pais para o aumento de conhecimentos, confiança e capacitação dos pais para cuidarem dos seus filhos (Quadro 3).

A criação de um momento específico para se discutirem temas relacionados com a gravidez, parto e primeiros anos de vida, num tempo e espaço próprios, fora do conceito

clínico de consultas de vigilância que são mais associadas à doença, do que propriamente à promoção da saúde, é visto como benéfico para a criança e família de forma unânime pelos diferentes profissionais.

A existência concomitante de diferentes profissionais, com conhecimentos diversos de acordo com a sua área de especialidade, oferece às famílias a oportunidade de abordarem qualquer tipo de questão, com a garantia de obterem uma resposta correta e devidamente fundamentada.

Os aspectos afectivos e de socialização, ganham neste tipo de consulta uma projecção, que até então, nas consultas tradicionais de vigilância de saúde, era descurada devido sobretudo à falta de tempo por parte dos profissionais. Com isto, entendemos que se conseguirão colmatar algumas preocupações que as famílias actualmente atravessam, tendo em conta as questões laborais, sociais e económicas que têm vindo a prejudicar alguns valores fundamentais para o bom desenvolvimento da criança.

Quadro 3 Matriz da categoria “Opinião sobre a escola de pais”

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UE
Opinião sobre a escola de pais	Pontos fortes	<i>“É uma mais-valia”</i> P1	1
		<i>“Vivência mais tranquila da parental idade”</i> P1	1
		<i>“Aumenta a taxa de aleitamento materno”</i> P1	1
		<i>“Melhores cuidados ao RN”</i> P1	1
		<i>“Reforçar os laços afetivos e familiares”</i> P1	1
		<i>“Considero de extrema importância”</i> P2	1
		<i>“Alertar e aconselhar e sentirem que têm alguém a quem recorrer”</i> P2	1
		<i>“Considero muito vantajoso a (...) aumentando as suas competências parentais”</i> P3	1
		<i>“São várias as vantagens. Dar informação adequadas ao casal (...) dar ferramentas para o casal estar unido”</i> P3	1
		<i>“Troca de experiências, atualizações de informações, filtragens de ideias obtidas por outras vias (internet, televisão, amigos)”</i> P4	1

A quarta categoria que corresponde aos **“Contributos para a criação de uma escola de pais”** foi analisada em três sub-categorias que denominamos de **“Aspectos de organização de espaço”**, **“Equipa”** e **“Divulgação”** (Quadro 4).

Em relação à sub-categoria **“Aspectos de organização de espaço”** foi demonstrada a importância de um espaço próprio para a implementação da consulta. Os ensinamentos de grupo e a troca de ideias entre pais nas mesmas circunstâncias, permite a expressão de ideias, dúvidas e algumas experiências pessoais, que não conseguiriam ter na relação mais formal pais/enfermeira, ou pais/médico.

Foi também referida a importância da visita domiciliária nos primeiros dias de vida. A observação do espaço real onde o recém-nascido irá passar a maior parte do tempo nos seus primeiros dias poderá contribuir para corrigir alguns aspectos que não estejam

adequados. Efectivamente, parece-nos uma actividade a incluir nos objectivos da implementação desta “Escola de Pais”, reconhecendo os seus benefícios.

A segunda subcategoria, “**Equipa**”, também foi focada como ponto-chave para a realização desta consulta. Saberes multidisciplinares, num conjunto de disciplinas a serem trabalhadas simultaneamente, recorrendo a informações de várias matérias, conectando os diferentes conhecimentos através de objectivos comuns, interagindo entre as mesmas com o fim último de dotar os pais e famílias de alguns conhecimentos que foquem todas as áreas de desenvolvimento da criança, são fundamentais.

Por fim, surge-nos a sub-categoria “**Divulgação**” da consulta, em que são evidentes expressões que reforçam o papel do marketing ou informação deste serviço, no sentido de captar a atenção e o interesse dos pais e famílias, e envolvendo o maior número de elementos que se relacionem com a criança.

Não sendo uma consulta tradicional, um dos aspectos importante é ser uma alternativa ao simples agendamento em horários de funcionamento do Centro de Saúde.

Em termos de marketing foram apontadas várias ideias, sobretudo viradas para a comunidade, ultrapassando os limites institucionais. A utilização dos meios de comunicação social como jornais, blogs, rádio e páginas sociais foram as mais referidas, seguindo-se a utilização de panfletos e cartazes informativos.

A criação desta consulta nunca irá substituir as tradicionais consultas de vigilância de Saúde Infantil, Saúde Materna ou Planeamento Familiar. Funcionará como complemento. Como se pode depreender a população abrangida pelas consultas de vigilância e pela “Escola de Pais” é a mesma, nesse sentido o principal veículo de informação/divulgação deverá ser os próprios profissionais de saúde.

Quadro 4 Matriz da categoria “Contributos para a criação de uma escola de pais”

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UE
Contributos para a criação de uma escola de pais	Aspetos de organização de espaço	“Arranjar espaço físico para as aulas teóricas e práticas” P1	1
		“Visitas domiciliárias no pós-parto são fundamentais” P3	1
	Equipa	“Abordar durante o curso vários temas...” P1.	1
		“Trabalhar com a equipa multidisciplinar (enfermeiro, psicólogo, higienista oral, nutrição, assistente social, fisioterapeuta) P3	1
		“Trabalho interdisciplinar” P4	1
	Divulgação	“Fazer uma boa divulgação do curso pelo Centro de Saúde.”P1	1
“Divulgação ampla na comunidade” P2		1	
“Agenda cultural na página da internet” P3 “Jornal local” P3		1	

11. CONCLUSÕES E PROPOSTAS

Neste âmbito, ao elaborarmos o Plano de Ação da UCC de Carregal do Sal identificámos como problema: Desconhecimento dos pais e a pouca abordagem por parte do enfermeiro o que faz com que a criança apresente alterações a nível do seu desenvolvimento.

Desenvolver o Projeto “Escola de Pais” é para nós um desafio quando nos apercebemos da importância que este pode ter a nível da promoção das competências da criança a nível do seu desenvolvimento, bem como na prevenção dos seus défices como parte integrante do sucesso da saúde infantil.

Sendo os pais não só a célula fundamental da vida, mas essencialmente o alicerce de proteção, de socialização e da promoção da máxima autonomia dos seus filhos e sabendo que cada criança é um ser único, na sua forma de pensar, sentir reagir e essencialmente de se desenvolver ao longo do seu ciclo vital, como tal, deverá ser respeitada e tratada como um ser possuidor de potencialidades que evoluem concomitantemente com as condições do meio onde está inserida, tendo assim o seu valor próprio.

Assim, tendo por base estes pressupostos e por ter a convicção que a área da Saúde Infantil é uma área que demanda muita atenção por parte do enfermeiro especialista de saúde da criança e do jovem e por ter consciência que estes profissionais por se dedicarem às crianças se tornam um “elemento de referência” para as famílias e o gestor das respostas às necessidades identificadas, articulando-se com os recursos existentes, tomei a decisão de aprofundar conhecimentos e investigar na temática “Escola de Pais”. Permitiu também refletir sobre as dificuldades que fomos encontrando, no sentido de adequar estratégias para levar por diante e alcançar dos objetivos inicialmente propostos.

Implementar uma escola de pais constitui pois a finalidade deste estudo e que se concretiza no dotar os pais de conhecimentos que lhes permitam desenvolver as competências necessárias para a parental idade, com relevância para os temas da sexualidade na gravidez e depois do parto, plano de parto, competências do recém-nascido, estratégias de vinculação e interação, vantagens do aleitamento materno, enxoval do recém-nascido, banho, massagem, prevenção de acidentes. Vários serão os temas a

abordar com os pais, de acordo com o desenvolvimento da criança e para não nos tornarmos exaustivos apresentamo em anexo III o Projecto da Escola de Pais “PEP”.

Com este projecto esperamos contribuir para a melhoria do bem-estar da grávida/casal e da qualidade de vida das crianças, adolescentes e suas famílias, promovendo a autoconfiança, o autocontrolo e a parentalidade responsável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMADO, João da Silva – **A técnica de análise de conteúdo**. Referência. ISBN 0874-0283.1ª Série, nº 5 (novembro 200), p.53-64.
- A FAMÍLIA COMO CENTRO DE INTERVENÇÃO - **Crianças E Jovens Em Risco - Projectos De Formação Parental**. Disponível em WWW: <http://www.gulbenkian.pt/media/files/fundacao/rogramas/PD%20Desenvolvimento%20Humano/pdf/programa_Gulbenkian_Pais.pdf>
- BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. ISBN 0972-44-0898-1.
- BELLMAN, M. etal. (2003). Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil. Lisboa.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora, 1994.
- BRAZELTON. T. B. & Greenspan, S.I. (2002). A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem. Lisboa: Editorial Presença.
- COUTINHO, M. (2004). Apoio à família e formação parental. [10/07/08]
- Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série), Diário da República n.º 110 de 7 de junho. Disponível em WWW: <[URL:http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf)>

- DIREÇÃO-GERAL DA ADMINISTRAÇÃO E DO EMPREGO PÚBLICO – **Maternidade, Paternidade e Adopção – Parentalidade.** Disponível em WWW: <[http://www.dgaep.gov.pt /index.cfm?OBJID=ce4741fb-6295-4a25-9b84-a8b926748323;](http://www.dgaep.gov.pt/index.cfm?OBJID=ce4741fb-6295-4a25-9b84-a8b926748323)>
- DWORKIN, Ronald. **Uma questão de princípios.** Tradução Luís Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FORTIN, Marie-Fabienne - **O processo de investigação.** 3ª ed. Loures: Lusodidacta, 2000. 388p. ISBN 978-972-8383-10-7.
- GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS.** 4ª ed. rev. e aumentada. Lisboa: Sílabo, 2005. 694 páginas. ISBN 972-618-391-X;
- GIL, António Carlos – **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6ª ed. São Paulo Atlas, 2008. 216p. ISBN 978-852-2451-42-5.
- GOMES-PEDRO, J.& NUGENT, J., & YOUNG, J. & BRAZELTON, T. (2005), **A criança e a família no século XXI,** Ed. Dinalivro, Lisboa.
- INFO SER MÃE – **O que é?** Disponível em WWW: <[http://www.infosermae.pt/quemsomos.htm;](http://www.infosermae.pt/quemsomos.htm)>
- INFO SER MÃE – **Amamentação e Direitos.** Disponível em WWW: <[http://www.infosermae.pt/ amamentacaoedireitos.htm;](http://www.infosermae.pt/amamentacaoedireitos.htm)>
- INFO SER MÃE – **Parentalidade e Direitos.** Disponível em WWW: <[http://www.infosermae.pt/ parentalidadeedireitos.htm;](http://www.infosermae.pt/parentalidadeedireitos.htm)>
- MOOR, J. M. H. etal (setembro 1994). Intervenção precoce em crianças com perturbações do desenvolvimento. Saúde Infantil.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem.**

Disponível em WWW:<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf>

- PAPALIA et al. (2001). **O Mundo da Criança**, 8ªedição.Lisboa.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde; **Programa Nacional de Saúde Escolar**. – Lisboa: DGS, 2006. – 40 p. ISBN 978-675-153-3
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. **Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes - Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação /** Direção-Geral da Saúde. – 2.a edição. – Lisboa: – Direção-Geral da Saúde, 2002. – 48 p. – (Orientações Técnicas; 12).
- REGIME DO CONTRATO DE TRABALHO EM FUNÇÕES PÚBLICAS* Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro.
- ROBLEY, L. R. – The ethics of qualitative nursing research. **Journal of Professional Nursing**. Vol.11, Nº1 (January, 1985), p. 45-48.
- STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Done R. – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. 2º ed. Lisboa: Lusociência, 2002, 383p. ISBN 972-8383-29-0.
- SEGURANÇA SOCIAL - **Protecção Na Parentalidade- Maternidade, paternidade e adoção**. Disponível em WWW: <<http://www2.seg-social.pt/left.asp?02.08>>

ANEXOS

ANEXO I – PEDIDOS E AUTORIZAÇÕES DAS ARS



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102

3500-843 VISEU

Telf. 232 419 100

Telem. 961 011 800

Fax 232 428 343

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho Directivo da
**Administração Regional de Saúde de Lisboa e
Vale do Tejo, I.P.**
Av. Estados Unidos da América, nº 77
1749-096 LISBOA

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	568
Data:	19/05/2011
Processo:	70

Assunto: PEDIDO DE INFORMAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Enfermeira Joana Carvalho Lopes da Unidade de Unidade de Cuidados na Comunidade de Carregal do Sal, pretendem desenvolver um estudo subordinado ao tema "Escola de Pais". O objectivo deste estudo consiste em conhecer a realidade do nosso país no que respeita à existência e experiências de escolas de pais (ou outros projectos com a mesma finalidade) a nível dos cuidados de saúde primários.

A finalidade é criar uma escola de pais na unidade a que pertence, de modo a contribuir para a melhoria da saúde materno-infantil da região. Fazendo parte do Plano da UCC onde trabalha a criação de uma "Escola de Pais", onde se irá fazer o acompanhamento de grávidas, puérperas e pais e sendo uma actividade a estrear-se no Centro de Saúde de Carregal do Sal do ACES Dão Lafões III, pareceu-nos pertinente fazer um estudo nesta área.

Assim, solicitamos a V. Ex.^a se digne **informar sobre quais e onde se localizam projectos desta natureza a nível da ARS** a que preside de modo a posteriormente solicitarmos autorização para nos dirigirmos aos profissionais de saúde das respectivas unidades.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Ernestina Silva é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola (232419100) fax (232428343) ou e-mail (ernestinabatoca@sapo.pt).

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem mais, muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Vice-presidente da ESSV

Professor Doutor Daniel Silva

ES/NC



ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo I.P.



Exma. Senhora
Dra. Ernestina Silva
Escola Superior de saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
3500-843 Viseu

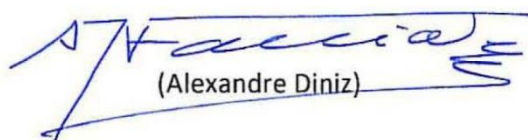
C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		19297 / CES / 2011 Pº 12/2011	06-10-2011
Assunto	Estudo "Escola de Pais"		

Relativamente ao projecto de investigação mencionado em epígrafe, informo V.Exa. que o Conselho Directivo da ARSLVT, IP, deliberou em 11-08-11, autorizar a realização do mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

 O Presidente da Comissão de Ética da ARSLVT, IP


(Alexandre Diniz)

SD-717/11

GE



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho Directivo da
Administração Regional de Saúde do Algarve, IP
Largo de São Pedro, n.º 15
8000-148 FARO

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA			
Ofício nº	570	Data:	19/05/2011
Processo:	70		

Assunto: PEDIDO DE INFORMAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Enfermeira Joana Carvalho Lopes da Unidade de Unidade de Cuidados na Comunidade de Carregal do Sal, pretendem desenvolver um estudo subordinado ao tema "Escola de Pais". O objectivo deste estudo consiste em conhecer a realidade do nosso país no que respeita à existência e experiências de escolas de pais (ou outros projectos com a mesma finalidade) a nível dos cuidados de saúde primários.

A finalidade é criar uma escola de pais na unidade a que pertence, de modo a contribuir para a melhoria da saúde materno-infantil da região. Fazendo parte do Plano da UCC onde trabalha a criação de uma "Escola de Pais", onde se irá fazer o acompanhamento de grávidas, puérperas e pais e sendo uma actividade a estrear-se no Centro de Saúde de Carregal do Sal do ACES Dão Lafões III, pareceu-nos pertinente fazer um estudo nesta área.

Assim, solicitamos a V. Ex.^a se digne **informar sobre quais e onde se localizam projectos desta natureza a nível da ARS** a que preside de modo a posteriormente solicitarmos autorização para nos dirigirmos aos profissionais de saúde das respectivas unidades.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Ernestina Silva é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola (232419100) fax (232428343) ou e-mail (ernestinabatoca@sapo.pt).

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

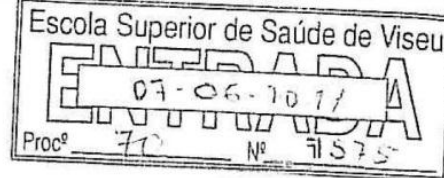
Sem mais, muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Vice-presidente da ESSV

Professor Doutor Daniel Silva

ES/NC

Prof. Eusebio



Administração Regional de Saúde
do Algarve, I.P.



Ministério da Saúde

¶

Exmo. Senhor
Professor Doutor Daniel Silva
Vice-Presidente da Escola Superior de
Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida
n.º 102
3500-843 Viseu

¶

¶

Sua Referência
Ofício n.º 570 de 19/05/2011
Processo 70

Sua Comunicação

Nossa Referência
C.D.
06-06-2011

Fax n.º 149

ASSUNTO: Pedido de informação e autorização para o desenvolvimento de estudo - Enf.ª Joana Carvalho Lopes

No seguimento do vosso ofício, sobre o assunto mencionado em epígrafe, vimos por este meio solicitar a V. Ex.ª o envio do projecto de investigação detalhado, no sentido do mesmo ser avaliado pela Comissão de Ética desta ARS Algarve, IP.

Com os melhores cumprimentos,

juuuu

[Handwritten signature]

Dr. Eusebio Pacheco
Vogal do Conselho Directivo
da ARS Algarve, I.P.

[Handwritten signature]
8.6.2011

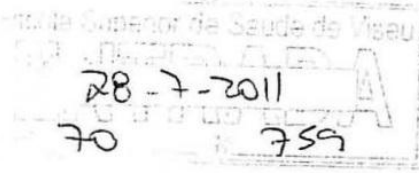
HP/SF

Administração Regional de Saúde
do Algarve, I.P.



Ministério da Saúde

Exmo. Senhor
Professor Doutor Daniel Silva
Vice-Presidente da Escola Superior de
Saúde de Viseu
Rua D. João crisóstomo Gomes de Almeida,
Nº 102
3500-843 Viseu



Ab responsável pela
intervenção face
28/07/2011

Sua Referência

Seu Fax

Nossa Referência
543/11 D.E.P.
25-07-2011

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização de um projecto de investigação intitulado
“Implementação de uma Escola de Pais: Preparação para a Parentalidade”
 Enfermeira Joana Carvalho Lopes

Serve o presente para comunicar que o Conselho Directivo da ARS Algarve, analisou o parecer e os fundamentos apresentados pela Comissão de Ética referentes ao pedido de autorização de V. Exa. para a realização do estudo sobre o assunto em epígrafe, decidiu concordar com o teor do mesmo, o qual se transcreve:

“O pedido foi recebido no Conselho Directivo desta ARS, através do Ofício n.º 570/2011-05-19, da Escola Superior de Saúde de Viseu. O Conselho Directivo da ARS Algarve, I.P., a 06-06-2011, solicitou via fax, o envio de um projecto de investigação mais detalhado, no sentido de o mesmo ser avaliado por esta CES.

No dia 16-06-2011 através do Ofício 635, a Escola Superior de Saúde de Viseu enviou via fax o solicitado.

Face ao exposto e após a consulta de toda a documentação fornecida, esta CES é de parecer favorável à autorização deste estudo desde que:

- Seja obtida prévia autorização do Director Executivo do ACES
- Sejam retiradas as questões 3 e 4 do questionário.

Mais se informa que deverá solicitar aos ACES a informação sobre a existência de “Escolas de Pais” na Região Algarve.

Com os melhores cumprimentos, *Jornal*

Dr. Rui Lourenço
Presidente do Cons. Directivo
da ARS Algarve I. P.



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102

3500-843 VISEU

Telf. 232 419 100

Telem. 961 011 800

Fax 232 428 343

Exmo. Sr.

Presidente do Conselho Directivo da

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Rua de Santa Catarina, 1288

4000-447 PORTO

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA			
Ofício nº	566	Data:	19/05/2011
Processo:	70		

Assunto: PEDIDO DE INFORMAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Enfermeira Joana Carvalho Lopes da Unidade de Cuidados na Comunidade de Carregal do Sal, pretendem desenvolver um estudo subordinado ao tema "Escola de Pais". O objectivo deste estudo consiste em conhecer a realidade do nosso país no que respeita à existência e experiências de escolas de pais (ou outros projectos com a mesma finalidade) a nível dos cuidados de saúde primários.

A finalidade é criar uma escola de pais na unidade a que pertence, de modo a contribuir para a melhoria da saúde materno-infantil da região. Fazendo parte do Plano da UCC onde trabalha a criação de uma "Escola de Pais", onde se irá fazer o acompanhamento de grávidas, puérperas e pais e sendo uma actividade a estrear-se no Centro de Saúde de Carregal do Sal do ACES Dão Lafões III, pareceu-nos pertinente fazer um estudo nesta área.

Assim, solicitamos a V. Ex.^a se digne **informar sobre quais e onde se localizam projectos desta natureza a nível da ARS** a que preside de modo a posteriormente solicitarmos autorização para nos dirigirmos aos profissionais de saúde das respectivas unidades.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Ernestina Silva é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola (232419100) fax (232428343) ou e-mail (ernestinabatoca@sapo.pt).

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem mais, muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Vice-presidente da ESSV

Professor Doutor Daniel Silva

Na resposta indicar a «mossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

ES/NC



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102

3500-843 VISEU

Tel. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho Directivo da
Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.
Alameda Júlio Henriques
3000-457 COIMBRA

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	567
Data:	19/05/2011
Processo:	70

Assunto: PEDIDO DE INFORMAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Enfermeira Joana Carvalho Lopes da Unidade de Cuidados na Comunidade de Carregal do Sal, pretendem desenvolver um estudo subordinado ao tema "Escola de Pais". O objectivo deste estudo consiste em conhecer a realidade do nosso país no que respeita à existência e experiências de escolas de pais (ou outros projectos com a mesma finalidade) a nível dos cuidados de saúde primários.

A finalidade é criar uma escola de pais na unidade a que pertence, de modo a contribuir para a melhoria da saúde materno-infantil da região. Fazendo parte do Plano da UCC onde trabalha a criação de uma "Escola de Pais", onde se irá fazer o acompanhamento de grávidas, puérperas e pais e sendo uma actividade a estrear-se no Centro de Saúde de Carregal do Sal do ACES Dão Lafões III, pareceu-nos pertinente fazer um estudo nesta área.

Assim, solicitamos a V. Ex.^a se digne **informar sobre quais e onde se localizam projectos desta natureza a nível da ARS** a que preside de modo a posteriormente solicitarmos autorização para nos dirigirmos aos profissionais de saúde das respectivas unidades.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Ernestina Silva é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola (232419100) fax (232428343) ou e-mail (ernestinabatoca@sapo.pt).

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

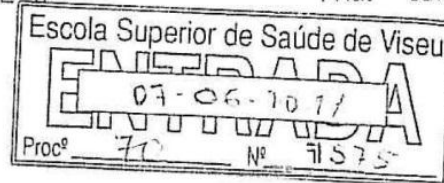
Sem mais, muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Vice-presidente da ESSV

Professor Doutor Daniel Silva

ES/NC

Prof. Eusebio



Administração Regional de Saúde
do Algarve, I.P.



Ministério da Saúde

¶

Exmo. Senhor
Professor Doutor Daniel Silva
Vice-Presidente da Escola Superior de
Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida
n.º 102
3500-843 Viseu

¶

¶

Sua Referência
Ofício n.º 570 de 19/05/2011
Processo 70

Sua Comunicação

Nossa Referência
C.D.
06-06-2011

Fax n.º 149

ASSUNTO: Pedido de informação e autorização para o desenvolvimento de estudo - Enf.ª Joana Carvalho Lopes

No seguimento do vosso ofício, sobre o assunto mencionado em epígrafe, vimos por este meio solicitar a V. Ex.ª o envio do projecto de investigação detalhado, no sentido do mesmo ser avaliado pela Comissão de Ética desta ARS Algarve, IP.

Com os melhores cumprimentos,

juuuu

[Handwritten signature]

Dr. Eusebio Pacheco
Vogal do Conselho Directivo
da ARS Algarve, I.P.

[Handwritten signature]
8.6.2011

HP/SF

ANEXO II – QUESTIONÁRIO

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade Científico Pedagógica: Enfermagem da Criança e do Adolescente

Investigadora Principal: **Joana Carvalho Lopes**

Orientadora: **Professora Doutora Ernestina Silva**

Curso: **Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ESCOLA DE PAIS:
PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Exmo.(a) Senhor(a):

Apesar dos indicadores de saúde infantil e juvenil e do adolescente dos últimos anos em Portugal terem evoluído favoravelmente, um caminho há a percorrer no sentido de potenciar as famílias para assumirem e desenvolverem comportamentos saudáveis. Acreditamos que ao investirmos na preparação para a parental idade estaremos a contribuir para a melhora do bem-estar da grávida/casal e da qualidade de vida das crianças, adolescentes e suas famílias.

Com o presente estudo procuramos conhecer a perceção e experiências dos profissionais de saúde relativamente ao trabalho desenvolvido em escolas de pais ou preparação para a parental idade.

A finalidade deste trabalho é criar uma escola de pais na unidade a que pertença. Fazendo parte do Plano da UCC onde trabalho a criação de uma “Escola de Pais”, onde se irá fazer o acompanhamento de grávidas, puérperas e pais e sendo uma atividade a estrear-se no Centro de Saúde de Carregal do Sal do ACES Dão Lafões III, pareceu-nos pertinente fazer um estudo nesta área.

As suas respostas serão apenas trabalhadas pela equipa que realiza o estudo e não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação.

Face a este enquadramento, apelamos à sua participação voluntária com o máximo de sinceridade e de verdade, pois daí dependerá a utilidade deste trabalho. Salientamos que o seu contributo ao participar neste estudo é imprescindível para o sucesso do mesmo.

Gratas pela sua colaboração,

Viseu, junho de 2011

Atenciosamente,

QUESTIONÁRIO

1 – Categoria profissional: _____

2 - Agrupamento de Centros de Saúde a que pertence

3 - Centro de Saúde a que pertence

4 - Unidade a que pertence

5 – Tempo de exercício profissional na unidade _____ anos

6 – O que entende por competências parentais?

7 – Na sua opinião entende que os conhecimentos transmitidos aos pais e a preparação das famílias, efetuada nas consultas de Saúde Materna e Saúde Infantil, são suficientes?

14 – Na sua opinião, após terem implementado esta consulta ou “escola de pais”, houve maior sucesso no aleitamento materno?

15 – Após terem esta consulta, considera que os recém-nascidos têm um desenvolvimento mais saudável?

16 – Considera que o envolvimento do pai ao longo da gravidez e nos cuidados ao recém-nascido sofreu alterações em virtude do vosso trabalho ao nível da escola de pais?

17 – Ao nível do crescimento e desenvolvimento da criança considera terem havido melhorias?

18 – Na sua opinião quais as vantagens desta “escola de pais” ou preparação para a parentalidade?

19 – Que recomendações me daria no sentido de facilitar e ajudar a criar uma escola de pais na unidade a que pertença

ANEXO III – PROJECTO DE ESCOLA DE PAIS

<p>ESCOLA DE PAIS: PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE</p>
--

Nos cuidados de saúde primários nomeadamente no Centro de Saúde, são várias as atividades no sentido de dotar as crianças, mães e cuidadores de competências e conhecimentos para promoverem o desenvolvimento infantil, bem como detetar precocemente possíveis alterações em relação ao desenvolvimento esperado, com o intuito de promover atempadamente medidas terapêuticas ou educativas essenciais para a plena recuperação de possíveis alterações.

Alguns dos fatores que direta ou indiretamente irão condicionar o desenvolvimento infantil são:

- O grau de conhecimento dos pais;
- O baixo nível de escolaridade;
- Mães adolescentes;
- Mães primíparas;
- Baixo nível económico;
- Famílias numerosas;

- Pouca adesão dos pais às consultas de enfermagem programadas nestas idades;

A escassez de recursos e os elevados custos a eles inerentes, torna premente a necessidade dos serviços de saúde fazerem uso dos seus recursos de forma racional e em situações prioritárias.

Assim, o planeamento em saúde é um contínuo processo cujo objetivo é melhorar os níveis de saúde das populações afeitas e fazer uso de modo racional e eficaz dos recursos que têm disponíveis. As orientações técnicas da DGS da Saúde Infantil e Juvenil - Programa Tipo de Atuação (2005), referem que:

“As carências e assimetrias de distribuição de profissionais em cuidados de saúde primários manifestam-se na diversidade de recursos humanos afectos ao desempenho destas atividades. O fundamental é que elas sejam realizadas por profissionais disponíveis, motivados e competentes.”

A UCC pretende assim rentabilizar os profissionais e os recursos de enfermagem deste centro de saúde promovendo uma parceria com a UCSP, USP, URAP e o Agrupamento de Escolas de Carregal do Sal, propondo-se a avaliar em consulta, grávidas, puérperas e todas as crianças até aos 3 anos. Esta idade foi selecionada, porque normalmente é a idade em que as crianças iniciam as suas atividades escolares com a entrada no jardim de infância.

Com esta consulta pretendemos avaliar as crianças, no sentido de excluir e/ou identificar situações de risco comprometedoras do seu desenvolvimento normal da criança, quer em termos de saúde ou risco ambiental e que possam perigar o seu desenvolvimento.

Esta consulta não invalida a consulta de saúde infantil, até porque se houver suspeita de risco ou desvio será dado conhecimento ao médico e enfermeiro de família da UCSP. Pode no entanto ser uma mais-valia, ou seja, sendo a criança avaliada nesta consulta, não haverá necessidade de duplicar o trabalho e ser novamente avaliada na consulta de enfermagem. Por outro lado e atendendo às dificuldades inerentes à redução de médicos nos cuidados de saúde primários estas crianças não correrão o risco de passarem esta fase da sua vida, sem serem observados por um profissional com competências na área de saúde infantil, tendo em conta que ambas as enfermeiras que abraçaram este projecto, são detentoras da especialidade de saúde infantil e pediatria.

O Regulamento nº 123/2011 que regula as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem refere que:

“São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com a orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e o encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, ...”

As evidências mostram também que até aos 24 meses os pais são maioritariamente assíduos nas consultas de vigilância infantil, mas, depois desta idade, alguns pais tendem a diminuir a ida às consultas, se por um lado há dificuldade em fazer o agendamento da consulta para o ano seguinte, acabando por se esquecerem e protelar a mesma, por outro os pais também não estão alertados para a importância da avaliação da criança nesta idade.

Este contacto prévio com a criança e a família facilitará a nossa ação a nível da saúde escolar, pois há um trabalho contínuo a desenvolver. O enfermeiro necessita de conhecer as crianças e a sua família para poder agir de modo a proporcionar a maximização das suas capacidades e procurar atenuar as fraquezas identificadas.

O enfermeiro em saúde escolar para além das ações pedagógicas, deve considerar as inúmeras influências provenientes da realidade em que as crianças estão inseridas, promovendo as mudanças de estilos de vida que visam a melhoria da sua saúde. Para que a educação para a saúde se torne efetiva, é necessário criar estratégias que conduzam à participação da comunidade escolar (alunos, pais/responsáveis e profissionais de educação).

A Equipa de Saúde Escolar é a interface entre a escola e os serviços de saúde. Por isso, sempre que se detete uma criança ou um jovem com problemas de saúde física ou mental passíveis de afetar as suas aprendizagens, a saúde escolar deve designar um profissional da equipa para fazer o seu acompanhamento, conjuntamente com a educação, e mobilizar os recursos de saúde necessários para apoiar a sua inclusão escolar.” PNSE (2006).

A incidência e o reconhecimento cada vez maior de doenças ou risco de doenças infantis, requerem uma intervenção profissional na sua fase inicial, pois na sua maioria podem ser evitáveis e/ou minimizadas através da adoção hábitos de vida saudáveis no seio familiar.

A família deverá ser alertada e consciencializada dos riscos para a saúde e das consequências nefastas caso seja identificado algum problema. Deve ser também instruída de forma a combater a causa, capacitando-a e ajudando-a a ultrapassar o mesmo.

Conhecer a estrutura e organização da família são importantes na determinação do comportamento dos seus membros, há todo um interesse em perceber quais as suas crenças, o que os pais e/prestadores de cuidados entendem por:

- Significado da doença para a família;
- A capacidade familiar de prestar cuidados à criança;
- A comunicação da família orientada para a doença;
- A solução de problemas;
- A substituição de papéis;
- O envolvimento afetivo;
- O apoio social;
- A disponibilidade e utilização de recursos na comunidade.

Compete ao profissionais facilitar e promover o acréscimo do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, ajudando-as ao desenvolvimento da função parental e tornando possível que os pais e a família assumam a mesma, como um direito e dever. Os pais devem ser reconhecidos como os primeiros prestadores de cuidados. As pessoas mais importantes na vida de uma criança são os seus pais e os elementos da sua família mais chegada. Nenhum profissional conhece tão bem uma criança, como a sua família e ninguém como ela, tem a mesma capacidade de influenciar a sua aprendizagem e desenvolvimento.

Pretende-se com este estudo a implementação eficaz e eficiente deste tipo de consulta, a mobilização e adesão da população alvo e a complementaridade de cuidados de enfermagem em relação às consultas oferecidas pelas diferentes unidades do Centro de Saúde.

Ao dar resposta ao plano da UCC com a criação de uma “escola de pais: preparação para a parental idade” preveem-se benefícios para a comunidade, nomeadamente para a qualidade de vida das crianças e famílias.

Preparar o casal para as alterações decorrentes da gravidez;

Ajudar a mulher e o casal a vivenciarem de forma mais tranquila a experiência de gravidez;

Apoiar os pais no puerpério e permitir um restabelecimento mais eficaz da mulher nos aspetos físico e psicológico;

Dotar os pais de conhecimentos que lhes permitam desenvolver as competências necessárias para a parental idade, com relevância para os seguintes temas: sexualidade na

gravidez e depois do parto, plano de parto, competências do recém-nascido, estratégias de vinculação e interação, vantagens do aleitamento materno, enxoval do recém-nascido, banho, massagem, prevenção de acidentes.

Existem temas muito concretos, que entendemos serem fundamentais abordar, por estarem na origem de muitas dúvidas e conseqüentemente colocarem em risco a saúde da criança e o bem-estar da mesma e respectiva família. Por termos esta noção parece-nos importante realça-los.

Transporte no automóvel

A primeira viagem do RN tem que ser segura e, por isso, este deve sair da maternidade já numa cadeirinha própria. Segundo a lei portuguesa é obrigatório viajar em dispositivo de retenção até aos 3 anos. A partir dessa idade e até aos 12 anos ou 1,5 metro de altura, está recomendado que as crianças viajem em lugares prioritariamente equipados com um dispositivo de retenção ,aprovado para o seu tamanho e peso. Caso este não exista, as crianças terão de usar o cinto de segurança.

Todos os modelos de cadeiras vendidos no nosso país foram homologados a nível comunitário - presença da "Etiqueta E". Existem dois grupos de cadeirinhas que podem ser usadas desde o nascimento, as do grupo 0 e 0+, respetivamente até 10 kg (dos 0 aos 9 meses) e até 13 kg (dos 0 aos 18 meses). Estas são muitas vezes denominadas de assento invertido pois devem ser sempre instaladas no sentido inverso ao da marcha do veículo.

Não devem ser colocadas no banco da frente se houver "airbag" pois, em caso de acidente, este constitui um perigo real de morte (1,2). O segundo grupo é designado por 0/I. Estas cadeirinhas destinadas até aos 18 kg (dos 0 meses aos 4 anos) podem ser instaladas, preferencialmente até aos 18 meses, com as costas viradas para a frente do automóvel (no banco da frente ou no banco de trás) e, posteriormente, colocadas de frente como os outros assentos (só no banco de trás).

Existem, ainda, alcofas rígidas aprovadas (etiqueta E) que podem ser uma boa solução para prematuros, já que o RN de termo normal só cabe nela até cerca dos 3-4 meses. A cabeça do bebé deve ficar sempre virada para o interior do automóvel.

Antes de efetuar a compra, os pais devem experimentar a cadeira no próprio carro, verificando se é de fácil instalação, se se adapta ao modelo do veículo, nomeadamente se o comprimento dos cintos de segurança é suficiente para a prender de acordo com as instruções. Sistemas complicados podem desencorajar o seu uso sistemático.

Um dispositivo só é eficaz se for utilizado corretamente, de acordo com as instruções de montagem.

Regras gerais de utilização de cadeirinhas de assento invertido:

- Até aos 18 meses, montar sempre no sentido inverso ao da marcha (i.e. com as costas viradas para a frente do automóvel) mesmo no banco de trás;
- apertar sempre os cintos interiores e ajustá-los diariamente por forma a não ficarem folgados nem torcidos (folga ideal de um dedo)
- prender sempre a cadeira corretamente com o cinto de segurança do automóvel

A cadeira deve ser utilizada em todas as viagens, independentemente da distância a percorrer. Todos os passageiros devem usar cinto, pois em caso de acidente o seu peso pode "esmagar" o bebé. Não devem existir objetos soltos dentro do carro, que na eventualidade de uma travagem ou acidente se transformem em projéteis.

Quarto e prevenção da Síndrome da Morte Súbita do Lactente

Falar com os pais sobre o quarto é prevenir a SMSL. Nos países desenvolvidos esta é a primeira causa de morte entre o primeiro mês e o primeiro ano de vida. A sua incidência é rara até ao primeiro mês, a partir daí aumenta atingindo um pico entre o segundo e quarto mês para depois diminuir.

A etiologia e pato fisiologia continuam por esclarecer.

O decúbito ventral é o principal fator de risco modificável. Campanhas de sensibilização nos EUA, nos anos 90, conseguiram reduzir de 70% para 20% o total de lactentes colocados a dormir em decúbito ventral, com uma concomitante diminuição de 40% na incidência de SMSL.

Fatores de risco da SMSL:

- dormir em decúbito ventral ou lateral
- uso de superfícies moles para dormir (almofada, colchão mole, edredão...)
- exposição pré e pós-natal ao tabaco
- aquecimento excessivo
- vigilância pré-natal insuficiente ou ausente
- idade materna jovem

- prematuridade e/ou baixo peso de nascimento
- nunca colocar num lugar equipado com "airbag"

A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda que o lactente saudável seja colocado a dormir em decúbito dorsal visto esta ser a posição que confere menor risco. O decúbito lateral embora mais seguro que o decúbito ventral, tem um risco superior ao decúbito dorsal.

Para a prevenção da SMSL a AAP faz algumas recomendações:

- Dormir em decúbito dorsal
- Evitar exposição tabágica pré e pós-natal
- Não adormecer o bebé em superfícies moles (colchão mole, sofás, cama de adultos, etc.)
- Manter a cabeça do lactente sempre destapada
- Não usar almofadas, alcofas, edredões, brinquedos ou peças de roupa que possam cobrir o lactente
- Dormir com os pés a tocar o fundo da cama (dispor a roupa da cama de forma a não cobrir a cabeça)
- A roupa da cama deve ficar ao nível do tronco e presa debaixo do colchão
- Manter a temperatura do quarto entre 18 e 21°C
- Evitar o aquecimento excessivo, usando o mesmo número e tipo de peças de agasalho que o adulto
- Não dormir no meio dos pais

A temperatura ideal do quarto será entre 18 e 21°C de forma a evitar o aquecimento excessivo mas também a hipotermia que é frequente nos ex-prematuros logo que chegam a casa após a alta das maternidades. A avaliação da temperatura do bebé poderá realizar-se colocando o dorso da mão do observador na nuca ou no abdómen do bebé e em caso de dúvida com o termómetro.

A adoção sistemática do decúbito dorsal fez-se inicialmente acompanhar de alguns receios - aumento do risco de aspiração, vômito, ALTE - que não vieram a confirmar-se. Contudo, sabido que esta medida se associou a um aumento de 5 vezes na incidência da plagiocefalia posicional (deformidade posicional da cabeça, geralmente à direita, na qual

existe um achatamento occipital, um afastamento do pavilhão auricular homolateral, na observação de topo, e uma eventual assimetria facial correspondente). Trata-se de uma situação benigna, com evolução espontânea favorável e que pode ser evitada ou minimizada alternando a posição da cabeça, sempre em decúbito dorsal, durante o sono.

Tendo em conta que o bebé se irá voltar para o lado com maior estimulação exterior (habitualmente vira-se para a mãe), basta, muitas vezes, alternar a posição da cama ou do bebé.

Não está aconselhado o uso de dispositivos para manter a cabeça em determinada posição.

Quando acordado, sob vigilância, o bebé deve ser colocado, por períodos, em decúbito ventral. Esta medida permite também prevenir um ligeiro atraso das aquisições motoras que parece ocorrer nos lactentes que dormem em decúbito dorsal. Contudo, esta diferença deixa de existir por volta dos dezoito meses.

Deve-se, ainda, evitar a permanência prolongada na cadeira de transporte no automóvel ou na cadeira de balouço pois, como o pequeno lactente não consegue manter a cabeça na linha média irá desenvolver rapidamente uma preferência occipital.

Banho

O banho diário é mais um ritual de prazer do que uma necessidade. A temperatura ambiente deve ser superior a 22°C e a da água deve rondar os 36°C. Esta, idealmente, deve ser testada com meios precisos (termómetro).

Para o lactente de termo, o banho de imersão, três vezes por semana, pode ter um efeito calmante através da estimulação táctil, além de hidratar a pele.

Tendo em conta que a secreção sebácea do RN é baixa, a aplicação de sabão/sabonete é habitualmente desnecessária e pode ser nociva. Ao alterar o pH da pele, o seu uso pode favorecer a colonização bacteriana; além disso, contêm substâncias potencialmente irritativas que poderão ser prejudiciais.

Nas primeiras semanas de vida dever-se-ia usar no banho só água, tépida, principalmente nos prematuros ou recém-nascidos com compromisso da função barreira da pele.

O sabão/sabonete quando utilizado deve ser suave, ter um pH neutro, não conter aditivos e o seu uso ser limitado às áreas mais sujas. Deve-se evitar esfregar a pele e enxaguar bem para remover todo o produto.

Teoricamente, os produtos para bebê, ditos sem aditivos, seriam preferíveis. No entanto não existem estudos comparativos que avaliem a segurança dos mesmos, pelo que, na prática, oferecem poucas vantagens provadas relativamente a um qualquer sabonete de pH neutro, sem perfume.

Ainda frequente ser dada a recomendação da "ginástica" da retração do prepúcio durante o banho de forma a "prevenir" a futura cirurgia. Contudo, se 96% dos RN tem fimose fisiológica, esta resolve-se de forma espontânea e progressiva em mais de 95% dos casos até aos 7 anos de idade: mantêm fimose ao ano de idade só 50%, aos 2 anos só 20%, aos 3 anos só 10% e aos 7 anos menos de 5%. A "ginástica prepucial" na hora do banho está contraindicada já que manipulações repetidas e intempestivas podem provocar fissuras do anel prepucial com posterior fibrose e conseqüentemente, fimose secundária, agora patológica.

Cordão umbilical

Relativamente aos cuidados a ter com o cordão umbilical recomenda-se que este seja mantido limpo e seco, pelo que hoje se defende que não deve ser coberto com a fralda ou faixa.

Não devem ser aplicados emolientes.

Continua por esclarecer qual o método mais eficaz e seguro para assepsia do cordão.

Se por um lado um artigo de 2000 (12) e um tratado de dermatologia neonatal de 2001(11) refiram que a aplicação de antissépticos permite controlar a colonização bacteriana do coto, embora atrase a sua queda, a revisão sistemática da base de dados de Cochrane sobre o assunto, conclui que manter o cordão limpo parece tão eficaz e seguro quanto a utilização de antibióticos ou antissépticos. Um estudo publicado em 2002 refere que a aplicação de álcool a 70% uma vez por dia parece ser segura e eficaz na promoção da queda do cordão mas, já em 2003, foi publicado um estudo segundo o qual poderá optar-se pela ausência de tratamento bactericida local, sendo suficiente uma higiene adequada, desde que acompanhada de uma vigilância apertada.

Cuidados com a pele

Uma hidratação adequada dos queratinócitos é essencial para a manutenção das funções da pele, para otimizar o efeito barreira contra agressões externas e para manter o equilíbrio térmico e hidroelectrolítico. Comparativamente com a pele da criança mais velha e

do adulto, a epiderme do RN é mais seca e tem menor capacidade em reter água, pelo que a sua hidratação é essencial.

Os emolientes são substâncias que amaciam a pele por manterem a epiderme hidratada; ao intercalarem-se nos interstícios desta, funcionam como uma barreira mecânica à perda de água. Recomenda-se o seu uso, especialmente nos prematuros e em todos os recém-nascidos com pele seca ou com fissuras.

Dentro deste tipo de produtos podemos considerar dois grandes grupos: as pomadas e o grupo dos óleos, cremes e loções. As pomadas (ex. vaselina) são mais eficazes em termos de oclusão mas menos agradáveis ao tato. Os cremes e loções embora se espalhem melhor, são menos eficazes como barreira e normalmente têm ingredientes que podem ser potencialmente irritantes, sensibilizantes ou tóxicos.

A eficácia de qualquer emoliente aumenta se aplicado imediatamente após o banho, coma pele ainda húmida. A adição de óleos à água do banho não é eficaz como hidratante, para além de tornar a banheira e o bebé escorregadios.

No RN devem ser usados com precaução produtos que contenham propilenoglicol, glicerina, lactato de amónio, alcatrão mineral e triclosan.

Cuidados na zona da fralda

Vários estudos concluíram que as fraldas super absorventes são superiores às fraldas de pano na prevenção da dermatite da fralda, provavelmente devido à sua elevada capacidade em absorver e reter líquidos.

A aplicação de produtos para a zona da fralda está amplamente difundida, embora a sua escolha dependa essencialmente do marketing.

Um estudo limitado, comparou quatro marcas de toalhetes tendo chegado à conclusão que o pH da pele varia com o do toalhete, embora não tivesse havido diferença na integridade cutânea.

Em lactentes com pele normal, não é necessário aplicar, por rotina, produtos tópicos para prevenir a dermatite da fralda. Alguns destes produtos não são isentos de riscos: os aditivos podem causar sensibilização de contacto e/ou irritação local em crianças suscetíveis e a aplicação vigorosa de pós (ex. pó de talco) pode causar pneumonite irritativa por aspiração.

Em caso de dermatite irritativa da fralda está indicada a aplicação de uma pomada/pasta de óxido de zinco ou vaselina. Mas em toda a dermatite da fralda que se

arrasta dever-se-á considerar a sobre infecção por *Candida albicans* com necessidade de tratamento antifúngico.

Roupa

A roupa do bebê deve ser confortável. O algodão e outras fibras naturais são geralmente bem toleradas quando em contacto com a pele.

Na limpeza da roupa do lactente está contraindicado o uso de detergentes que contenham pentaclorofenol ou hipoclorito de sódio.

A quantidade de roupa a usar é, geralmente, o principal problema. Embora o número total de glândulas sebáceas esteja presente ao nascimento, a sua capacidade de produzir suor em resposta a um estímulo está diminuída nos primeiros dois anos de vida. O sobre agasalhamento e a presença em ambientes quentes pode ser responsável por hipertermia no RN e contribuir para o aparecimento de miliaria. Regra geral o lactente deve ser vestido com mais ou menos o mesmo número de peças que o adulto mais "frio" está a usar.

Chupeta

A introdução da chupeta nos "hábitos" do RN não é isenta de riscos. Se por um lado alguns estudos referem uma menor incidência da SMSL com o uso da chupeta, esta associação não é necessariamente de causalidade estando, ainda, por provar essa relação. Por outro lado o seu uso tem sido associado ao aumento da incidência de otite média aguda, de patologia dentária e de candidíase oral (favorecendo a sua recorrência).

O efeito negativo do uso da chupeta no aleitamento materno tem sido referido por vários autores. Foi recentemente publicado o primeiro ensaio clínico aleatório que demonstra que a introdução precoce da chupeta diminui não só a probabilidade do RN estar sob leite materno exclusivo no primeiro mês de vida mas também a duração total do aleitamento.

Às famílias que queiram introduzir a chupeta os autores recomendam que o façam após o período neonatal (18).

A chupeta em si não deverá ser a única responsável pela menor prevalência do aleitamento materno, mas sim os comportamentos que estão subjacentes à sua oferta ao RN. Nos primeiros meses de vida e, em especial no primeiro mês, fisiologicamente os lactentes fazem mamadas muito frequentes e curtas. Ao contrário de toda a fisiologia animal, a "normalização horária" da sociedade tem sido estendida ao RN, com a imposição

horária tanto na duração das mamadas como no espaçamento das mesmas e na consequente recusa das mamadas a pedido. Para compensar a natural apetência do bebé a procurar a mama, a sociedade tenta contrariar este comportamento substituindo a mama por um objeto cuja utilidade fica melhor caracterizado pelo nome utilizado pelos americanos: *pacifier*. O resultado desta atitude será um menor estímulo e consequentemente menor produção de leite pela mãe. Ficam assim criadas, infelizmente, as condições para a fácil aceitação, pelo lactente, dum objeto semelhante à chupeta - a tetina - e a consequente redução da prevalência do aleitamento materno.

Por último, uma chamada de atenção para o potencial risco de diminuição de interação social: "... o bebé com a chupeta fica voltado para dentro, sem interação, alheio ao meio. Dorme mais (demais?)..." "Encaremos a chupeta como uma arma terapêutica... a ser utilizada quando a dor ou o incómodo parecem ser mais perturbadores ou desorganizadores da aprendizagem do bebé...".