



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Mara Lúcia Garcia Marçalino

Promover a parentalidade: recomendações perante as birras e momentos de alimentação da criança.

Mara Lúcia Garcia Marçalino

Promover a parentalidade: recomendações perante as
birras e momentos de alimentação da criança.

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Doutora Maria Graça F. Aparício Costa



Junho de 2015

“...Tenciono continuar a aproveitar cada momento. Tive várias derrotas na minha vida, mas de todas as vezes caí de pé.

É preciso nunca deixar de viver”.

Manuel Forjaz

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Graça Aparício, por acreditar que eu conseguiria.

A Deus pela força divina....

Ao meu marido pelo tempo que não lhe dediquei e pela sua compreensão...

RESUMO

Enquadramento: A parentalidade é um tema de saúde com muita relevância na sociedade atual, intervindo o seu exercício na promoção da saúde e bem-estar da criança. A parentalidade envolve acontecimentos *stressantes*, nomeadamente em situações de problemas de saúde e necessidades básicas e de resposta ao comportamento da criança, como é o caso do choro/birra e no momento de alimentação, procurando a maioria dos cuidadores responder ao problema de forma independente enquanto outros solicitam apoio dos profissionais de saúde.

Objetivo: Identificar recomendações concretas, baseadas na evidência científica, de boas práticas e recomendações a transmitir aos pais para lidarem com o choro /birras e no momento da alimentação da criança.

Métodos: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura de estudos realizados nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre 2009 e 2014, em bases de dados internacionais CINAHL® Plus with Full-Text, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), MedicLatina, MEDLINE, com recurso a diversos descritores e operadores booleanos e recorrendo a dois revisores que avaliaram a qualidade dos estudos metodológicos.

Resultados: Após avaliação crítica, foram excluídos 50 estudos e incluídos 7, sendo um de grau de evidência A, dois de evidência B e 4 de evidência D. Os outcomes evidenciaram que para gestão da parentalidade o aconselhamento deve ser feito pelo profissional de referência, que se necessário deverá acompanhar os pais através de contacto telefónico e visita domiciliária sobretudo se mães inexperientes. Os profissionais devem ampliar os seus conhecimentos sobre as dúvidas e preocupações que os pais têm sobre a educação dos seus filhos consultando os espaços de discussão online. A etnia e nacionalidade das mães tem forte impacto sobre os métodos usados para acalmar o bebé, pelo que os cuidados devem ser culturalmente congruentes. Na abordagem do choro/ birras torna-se necessário conhecer o normal desenvolvimento da criança e em que contextos surgem para minimizá-las, sendo importante que os pais dêem à criança atenção positiva, instituindo rotinas. Para melhorar o momento da alimentação os pais devem reconhecer que até aos dois anos decorre a janela de oportunidade de aprendizagem de rotinas e de novos sabores, salientando-se a importância do ambiente de atenção e reciprocidade durante as refeições.

Conclusão: Os enfermeiros devem procurar orientar a sua prática com base nas evidências científicas e tendo como base o estudo efectuado, salienta-se a promoção da parentalidade positiva como central para a abordagem dos comportamentos de choro/birra e no momento da alimentação da criança.

Palavras – chaves: educação parental, enfermeiro, aleitamento materno, alimentação, birra, choro, relação pais-filhos.

ABSTRACT

Background: Parenting is a health issue with much relevance in today's society, intervening its exercise in promoting the child's health and welfare. Parenting involves stressful events, namely in health problems and basic needs situations and answer to the child's behaviour, as is cry/tantrum and in the moment of feeding, searching most of the carers to respond to the problem independently while others look for the health professionals' support..

AIM: Identifying the right recommendations, based on scientific evidence, good practices and recommendations to transmit to the parents in order to handle the cries/tantrums and in the moment of feeding the child.

Methods: It was carried out a systematic revision to the literature of studies performed in Portuguese, English and Spanish language, published between 2009 and 2014, in international data bases CINAHL® Plus with Full-Text, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) and Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), MedicLatina, MEDLINE, with resource to several descriptors and boolean operators and turning to two reviewers that evaluate the quality of methodologic studies

Results: After critical evaluation, there were excluded 50 studies and included 7, being one of a level of evidence A, two of evidence B and 4 of evidence D. The outcomes show that for parenting management the advisement should be done by the professional of reference, that if necessary will follow up the parents by phone and home visit especially if inexperienced mothers. The professionals must amplify their knowledge on the doubts and worries that parents have on their children's education browsing the online discussion forums. The mothers' ethnic group and nationality have strong impact over the methods used to calm the baby, so care must be culturally congruent. In the approach of cry/tantrums it becomes necessary to know the normal development of the child and in what contexts they arise to minimize them, being important that the parents give the child positive attention, establishing routines. To improve the moment of feeding parents should acknowledge that until two years old elapses the window of opportunity to learn routines and new flavours, pointing out the importance of an attention environment and mutuality during the meals.

Conclusion: Nurses should orient their practice based on scientific evidence and taking support on the study carried out, it becomes conspicuous the promotion of positive parenting as nucleus to the approach of cry/tantrum behaviour and in the moment of feeding the child

Key – words: parenting education, nurses, breastfeeding, feeding, tantrum, crying, child/parents bonding.

SUMARIO

Introdução	19
1º PARTE – Enquadramento teórico	23
1. Família e papel parental: evolução temporal	23
1.1- Responsabilidade social	24
1.2- Parentalidade: foco de enfermagem	27
2. Transição para a parentalidade	31
3 – A Criança até à idade pré-escolar	35
3.1 Birras	36
3.2- Alimentação	38
2º PARTE - Estudo empírico	
4. Metodologia	45
4. 1 Formulação do problema	45
4. 2 Critérios de inclusão e exclusão	47
4. 3 Processo de localização e seleção dos estudos	48
4. 4 Seleção de estudos	50
4.5 Análise crítica dos resultados	62
5. Apresentação dos resultados	67
5.1 Análise da evidência científica	67
5.2 Análise e interpretação de resultados	85
6. Discussão dos resultados	91
7. Conclusões/Recomendações principais.	97
8. Bibliografia	103

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Estudos obtidos inicialmente	49
Quadro 2- Teste de relevância I	50
Quadro 3- Teste de relevância II	51
Quadro 4 - Estudos excluídos e motivo da exclusão, após aplicação dos critérios de relevância.	53
Quadro 5 - Quadro de evidência	62
Quadro 6 - Níveis de evidência e graus de recomendação.	63
Quadro 7 - Grelha de avaliação crítica de um artigo sobre investigação Qualitativa	64
Quadro 8 - Grelha para avaliação crítica de uma revisão sistemática	65
Quadro 9 – Ordenação de estudos incluídos e análise dos objetivos.	67
Quadro 10 – Quadro de evidência relativa ao estudo Kurth et al. (2013)	70
Quadro 11 – Quadro de evidência relativa ao estudo McKenzie (2013)	71
Quadro 12 – Quadro de evidência relativa ao estudo Daniels et al (2012)	72
Quadro 13 – Quadro de evidência relativa ao estudo de Priddis. & Wells (2010).	74
Quadro 14 – Quadro de evidência relativa ao estudo Bahr & Johanson (2013).	76
Quadro 15 – Quadro de evidência relativa ao estudo de Porter. & Ispa, (2013)	77
Quadro 16 – Quadro de evidência relativa ao estudo Abdulrazzaq et al (2009)	79
Quadro 17. - Quadro síntese dos resultados dos estudos incluídos no trabalho	81
Quadro 18 – Quadro final de recomendações relativamente ao choro /birras.	85
Quadro 19 – Quadro final das recomendações relativamente a alimentação.	87
Quadro 20 – Quadro final de recomendações relativamente a choro/ sono/ alimentação.	89

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 Seleção estudos analisados

61

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE – Classificação internacional para a prática de enfermagem

CRP - Constituição da República Portuguesa

DGS - Direção Geral de Saúde

DGSS - Direção Geral Da Segurança Social

MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-nascido

RS – revisão sistemática

Introdução

A saúde da criança tem sido uma preocupação das várias entidades mundiais e nacionais e motivo de grande investimento, o que possibilitou nos últimos anos a baixa acentuada da mortalidade infantil, (DGS, 2013). Portugal tem atualmente uma das taxas mais baixas da Europa e Mundo, verificando-se que entre 2001 e 2013 a taxa de mortalidade infantil caiu de 4,97 mortes por 1000 nados-vivos para apenas 2,9. Em 1974, este indicador era de 37,9 por mil (Ministério da Saúde, 2014).

A criança tem uma natural dependência para a satisfação das suas necessidades humanas básicas, sendo os pais ou seus substitutos, por princípio, os mais capacitados a servir o seu melhor interesse (UNICEF, 2004).

É uma responsabilidade do Estado a realização plena de todos os direitos humanos – saúde, educação, segurança social, justiça, segurança, igualdade para todas as crianças, constituindo este um desafio e um desígnio difícil (Ministério da Saúde, 2014).

A Direção Geral da Saúde (DGS) em 2013 afirma no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) que é prioritário a deteção e o apoio às crianças com necessidades especiais, de risco ou vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, e o reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados.

Defende ainda que o aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, juntamente com a redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento do exercício da parentalidade, tornando possível que estas o assumam, como direito e dever, sendo da competência dos profissionais, em particular dos enfermeiros especialistas da criança e do jovem, facilitar e promover esse papel da família e em particular dos pais.

O enfermeiro desempenha um papel relevante no acompanhamento das famílias durante o exercício do papel parental. Este profissional tem um papel privilegiado devido à sua permanência constante nos serviços de saúde, quer hospitalares quer na comunidade, ao seu contacto próximo e por ser um elo de ligação entre a família e restantes profissionais de Saúde (Soares, 2011^a).

Diversos trabalhos têm sido desenvolvidos sobre a parentalidade positiva e a importância da sua promoção, refletindo sobre as principais dificuldades e fatores geradores de *stress* nos pais.

The Council of Europe (2008) citado por Lopes (2010^a) afirma que parentalidade positiva tem como princípios básicos o reconhecimento das crianças e pais como detetores de direitos e obrigações, com potencial natural e parceiros essenciais para a potencialização do desenvolvimento das crianças, envolvendo este processo um complexo conjunto de responsabilidades e originando dificuldades parentais.

Acrescenta ainda que a parentalidade envolve acontecimentos stressantes, nomeadamente em situações de doença e na resposta às necessidades básicas, tais como o choro e restante comportamento da criança, procurando a maioria dos cuidadores responder aos problemas com apoio.

Já Cordeiro (2011) afirma que para os pais as principais preocupações são as necessidades fundamentais do bebé tal como a alimentação, sono, desenvolvimento, saúde e conforto.

Por outro lado a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) afirma que os cuidados centrados na família visam promover o desenvolvimento infantil, tendo a família no centro dos cuidados. Considerando as várias áreas funcionais do desenvolvimento infantil, nomeadamente a amamentação/alimentação diversificada; segurança, disciplina e afetos, selecionamos os que têm sido destacados como mais importantes, para abordagem neste trabalho.

Tendo por base a importância do exercício da parentalidade e os medos que são identificados nos diversos estudos, selecionamos as situações que os pais relataram como mais geradoras de *stress*, tais como *choro/birras* e *como lidar com o comportamento da criança no ato da alimentação*, que são também apontadas como pilares fundamentais do desenvolvimento infantil e da relação pais/filhos pela OE.

O choro/birra é enquadrado na necessidade de segurança, de comunicação, sendo ainda a birra incluída no pilar da disciplina que, no enquadramento da parentalidade positiva, deve ser mediada pelos afetos.

Assim sendo surgiu a motivação para investigar esta temática e dar resposta à seguinte questão:

“Quais as recomendações de enfermagem mais adequadas para o desenvolvimento da parentalidade positiva, em pais de crianças até aos cinco anos de idade, com vista a lidar com o choro/birras e comportamento no momento da alimentação?”

Para dar resposta a esta questão foi definido como objetivo: Identificar recomendações concretas, baseadas na evidência científica, de boas praticas e recomendações a transmitir aos pais para lidarem com o choro /birras e no momento de alimentar a criança, de forma a promover o desenvolvimento de uma parentalidade positiva.

Este estudo tem como propósito posterior a organização e implementação de um guia de boas práticas na consulta de preparação para o parto.

Porque as informações e recomendações baseadas em evidências científicas são escassas, realizou-se uma revisão sistemática da literatura, tendo por base o princípio da parentalidade positiva para a preparação dos pais no lidar com a criança, até aos 5 anos de idade, no choro/ birra e momento da alimentação, de forma a obter as melhores recomendações para boas práticas de enfermagem nessa área.

A OE (2007) define que a boa prática de cuidados resulta da aplicação de conhecimentos fundamentados em estudos sistematizados, fontes científicas da opinião de peritos reconhecidos. Esta metodologia de prestação de cuidados baseada em guias orientadores de boas práticas de cuidados permitirá a melhoria da qualidade e a satisfação dos clientes.

O trabalho encontra-se assim estruturado em dois capítulos fundamentais. O primeiro é constituído pelo enquadramento teórico, onde se explicitam os seguintes subcapítulos: família e papel parental: evolução temporal, transição para a parentalidade e comportamento da criança em idade pré-escolar (birras e durante a alimentação).

Na segunda parte é descrita a metodologia utilizada e posterior exposição de resultados com a respetiva análise e definição de recomendações perante a evidência obtida.

1º PARTE – Enquadramento teórico

“A criança é a razão de ser do mundo e, mais do que isso, representa o futuro desse mundo.”

Gomes- Pedro (2004)

1. Família e papel parental: evolução temporal

Nas sociedades ocidentais em geral e nas famílias em particular, ocorreram mudanças nos últimos séculos que conduziram a transformações na parentalidade, na forma de a conceber e nas expectativas criadas em torno da mesma. Entre essas mudanças, realça-se a crescente integração das mulheres no mercado de trabalho e o crescente interesse pela criança (Mesquita, 2011)

A família é um elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, de forma particular das crianças.

Para Relvas (1996) a família é um sistema, um todo, uma globalidade que só pode assim ser entendida se vista de forma holística.

A criança tem uma natural dependência para a satisfação das suas necessidades humanas básicas, sendo os pais ou seus substitutos os que tendem a servir o seu melhor interesse.

A família é nos primeiros anos de vida das crianças o seu primeiro e principal grupo de referência, exercendo um papel importante no processo de desenvolvimento e socialização da criança, servindo como modelo de comportamentos, padrões de relação e configuram a primeira visão do mundo para a criança, sendo assim a função primária da família educar e criar as suas crianças (Duarte, 2000).

Até aos anos 50, a parentalidade era assumida como um dever da mulher, que era suposto estar em casa, tendo prazer em cuidar da casa, marido e filhos. Ao homem era atribuído o lado da sobrevivência económica da família. Depois dessa data a transformação

social foi enorme e presentemente homem e mulher assumem a dupla função da sobrevivência económica e cuidados e satisfação das necessidades da criança (Gomes-Pedro, 2004).

Igualmente Borsa (2008), refere que com o passar dos tempos a família sofreu mudanças significativas e atualmente a mulher trabalha e contribui economicamente para o sustento da família, preocupando-se com a sua realização pessoal para além da maternidade, estando mais consciente e livre para escolher e assumir múltiplos papéis. A ascensão da mulher no mercado de trabalho e o aparecimento de métodos anticoncepcionais, transformam a mulher numa cidadã e sujeito de direitos e decisão, conjugando papéis exercidos na esfera pública e privada, passando a dividir com o homem o sustento e as funções de parentalidade (Orsolin, 2002, citado por Borsa, 2008).

A OCDE (1993) citado por Duarte (2000) afirma que Portugal apresenta o maior índice de trabalho materno na união europeia e com esta alteração social, nomeadamente com a saída das mulheres de casa para ingressar no mercado de trabalho, foi alterando os cuidados a prestar à criança. Assim a evolução do papel social da mulher tem direta e indiretamente interferido na educação da criança, com a transferência do papel parental e educacional para as escolas. Este facto leva os pais a terem que confiar a criança grande parte do tempo a uma instituição, questionando-se inevitavelmente qual o impacto que esta transferência de responsabilidade dos cuidados na primeira infância, trará ao futuro desenvolvimento psicológico e social da criança, e em que riscos colocará o processo saudável de vinculação com os pais (UNICEF, 2008).

1.1- Responsabilidade social

“...a criança, não só pela sua condição humana mas pelas suas características incontornáveis, é um ser vulnerável, facto que não devesse impedir o interesse e compreensão da sua vontade, consagrando-se o maior respeito e o dever de proporcionar condições favorecedoras de um desenvolvimento global, reconhecendo os prestadores de cuidados diretos como os principais promotores desse desenvolvimento.”

(OE, 2010)

A criança é o futuro da sociedade pelo que, pensar no investimento para garantir o melhor para a mesma, leva o adulto, sobretudo os pais, nas suas diversas posições sociais, a pensar na sua responsabilidade de assegurar as necessidades das crianças (Gomes- Pedro, 2004).

Vários fatores têm influenciado a atual valorização social da criança, por um lado a descida abrupta da natalidade e por outro a evolução tecnológica, o desenvolvimento económico, tecnológico e informático e de comunicação, que promovem uma eventual negligência da intervenção moral, com valorização das virtudes dos progressos, em prol das necessidades do desenvolvimento emocional, que constituem o cerne da competência para estabelecer relações ao longo da vida (Gomes- Pedro, 2004).

De acordo com a convenção sobre os direitos da criança, adaptada pela Assembleia Geral na Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989 e ratificado por Portugal em 1990, as crianças constituem um grupo prioritário que justificam o maior empenho e disponibilidade por parte dos profissionais de saúde e gestores dos serviços de saúde (UNICEF, 2004).

Os ganhos em saúde da população portuguesa, nomeadamente os que se referem às duas primeiras décadas de vida adquiriram importância nos últimos anos.

A saúde da criança tem sido uma preocupação das várias entidades mundiais e nacionais, assistindo-se nos últimos anos a uma baixa acentuada da mortalidade infantil, sendo dos melhores indicadores a nível mundial, embora se mantenham as desigualdades em saúde em diferentes grupos sociais (DGS, 2013)

Para tal evolução contribuíram fatores do contexto de vida, fatores culturais, políticos, socioeconómicos, recursos comunitários, ambiente físico, dimensões individuais, nomeadamente genéticas e comportamentais, e ainda o acesso aos serviços de saúde e cuidados de qualidade.

Para Costa (2012) a saúde da população em geral, e em particular das crianças, depende do ambiente sociofamiliar para a manutenção e promoção de uma vida saudável e não só dos cuidados de saúde. Esta premissa deixa evidente a necessidade de manter contato, evitar o isolamento e reforçar os laços de pertença, revelando estes e a comunicação, interesse crescente na visão da saúde e bem-estar do século XXI.

Perante a diminuição dos índices de mortalidade e referindo apenas o modelo biomédico, a criança atualmente está mais saudável, mas face ao que se entende hoje por

saúde, esta avaliação fica aquém do esperado (Gomes Pedro et al, 2005 citado por Costa, 2012).

De acordo com o mesmo autor citado por Costa (2012), há um aumento da vulnerabilidade e risco para as crianças que é sustentado pelos índices de pobreza, desestruturação familiar, doenças crônicas, insucesso escolar, violência e outras situações adversas às famílias e crianças, associados a condições de *stress* como deficientes processos de vinculação, abuso, discórdias, comportamentos característicos da sociedade moderna.

O desenvolvimento e implementação de medidas de proteção da família principalmente no que diz respeito à maternidade e paternidade estendem-se a diversos níveis: económico, social, educacional, na saúde entre outros (Soares, 2008)

O Conselho da Europa (2006) afirma que os Estados devem apoiar a parentalidade através de medidas de políticas da e para a família que assegurem padrões de vida adequados para as famílias e crianças, previnam a pobreza e exclusão social, permitam a conjugação da vida familiar e profissional e criação de serviços de qualidade para as crianças.

É ainda importante a implementação de serviços de apoio aos pais, tais como disponibilidade de informação, aconselhamento e formação sobre temas da vida diária, assim como linhas de apoio, espaços de trocas de experiências, programas educativos durante a gravidez e das etapas de desenvolvimento da criança, programas de apoio à educação infantil, prevenção de abandono escolar e cooperação entre escolas e pais.

Desta forma revela-se fundamental aumentar a sensibilização junto dos progenitores, incentivando a assumirem a sua responsabilidade de cuidar e criar os filhos, assim como junto dos diversos profissionais, professores cuidadores educadores, etc., que devem ter diretrizes e formação para a prática de apoio da parentalidade.

No global devem prever a integração dos direitos na formulação de políticas, que devem integrar os direitos da criança.

A DGS (2013) reformulou o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), com vista à formulação de linhas orientadoras para o desenvolvimento e saúde de todas as crianças, independentemente do seu estrato social e económico.

O PNSIJ obedece a 8 linhas-mestras, onde se salienta uma de real importância para o presente trabalho:

“Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde” (Portugal, DGS, 2013: p.7)

O governo Português reconhecendo a importância e necessidade de aumentar a natalidade e a melhoria da conciliação da vida familiar com a profissional, assim como melhores cuidados infantis, elaborou ao longo dos tempos medidas de proteção da parentalidade.

Igualmente a constituição da república portuguesa (CRP) reconhece a proteção da parentalidade, como um direito social iminente, artigo 67º e 68º, sendo a família o elemento fundamental da sociedade que tem o direito à proteção da sociedade e do Estado, assim como o apoio no papel de pais, com direito à mesma proteção na realização da sua insubstituível ação, em relação, à educação, realização profissional e participação na vida cívica dos seus filhos. Reconhece no seu artigo 69º, relativamente à infância, que as crianças têm direito à proteção do Estado e sociedade, a nível do seu desenvolvimento, e contra todas as formas de maus tratos ou privação de um ambiente familiar normal.

Portugal tem uma rede de cuidados de saúde primários que se articula com serviços dos cuidados diferenciados, com especial relevância para os cuidados à grávida e nos primeiros tempos de vida da criança.

O “guia para a parentalidade” da DGSS (2013) afirma que a proteção social na parentalidade consiste na atribuição de subsídios durante a gravidez, nascimento, adoção e assistência a filhos e netos, substituindo os rendimentos, no caso dos trabalhadores, durante o período de impedimento ao trabalho.

1.2- Parentalidade: foco de enfermagem

A parentalidade é um tema de saúde com muita relevância na sociedade atual, o seu exercício intervém na promoção a saúde e bem-estar da criança, sendo que a sua ausência ou alteração pode interferir no saudável desenvolvimento físico e emocional da criança, com

aparecimento de problemas de saúde físicos e sociais (Gage, Everett e Bullock, 2006 citado por Magalhães, 2011).

O COUNCIL OF NURSES (2011) define parentalidade como:

“Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai, comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar, comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”.

Acrescentando que a adaptação a este novo papel necessita de comportamentos de ajustamento à gravidez, ao papel parental e ainda de vinculação, ou seja, ligação e laços afetivos entre a criança e a mãe e/ou o pai. A parentalidade é assim uma forma de educação da criança e através da satisfação das suas necessidades humanas básicas, os pais desempenham comportamentos que apoiam a transmissão da cultura e das tradições das gerações.

Segundo Relvas (2000) as funções maternal e parental podem ser definidas como: “o conjunto de elementos biológicos, psicológicos, jurídicos, éticos, económicos e culturais que tornam um indivíduo, mãe ou pai de um ou vários outros indivíduos”.

O Conselho da Europa tem sido sempre um precursor na promoção da compreensão da infância e experiências de vida em família, reconhecendo que há muitas formas diferentes de educar os filhos. Assim, elaborou um conjunto de princípios gerais que fundamentam o conceito de *Parentalidade Positiva*. O documento de referência para o trabalho do Conselho da Europa nesta área é a Recomendação 19 de 2006 do Comité de Ministros sobre a política de apoio à Parentalidade Positiva.

O conselho da Europa (2008), citado por Lopes (2010^b) define a parentalidade positiva por comportamentos e valores parentais, baseado no melhor interesse das crianças, e que integra o conjunto de funções atribuídas aos pais para cuidarem e educarem os filhos, como forma de promoção do desenvolvimento de relacionamento positivo e otimização do potencial de desenvolvimento das crianças.

Acrescenta que o conceito de parentalidade positiva tem princípios que os pais devem proporcionar às suas crianças, nomeadamente:

- Sustento- dando resposta as necessidades de amor, carinho e segurança.

- Estrutura e orientação – garantindo a segurança através de uma rotina previsível e limites necessários.
- Reconhecimento - ouvir e valorizar a criança como indivíduo de pleno direito
- Empoderamento/autonomia - melhorar a noção de competência e de controlo pessoal, encorajando o pensamento independente.
- Educação não violenta – sendo excluídos castigos corporais e psicológicos

Para tal, os pais devem ter uma atitude calorosa e protetora, com dedicação e passando tempo de qualidade com a criança, explicando as regras e limites da sua conduta e elogiando o bom comportamento, demonstrado que perante um comportamento inadequado devem reagir com uma explicação e se necessário, com um castigo que não seja violento (Conselho da Europa, 2006).

O mesmo organismo citado por Lopes (2010^c), afirma que parentalidade positiva tem como princípios básicos o reconhecimento das crianças e pais como detetores de direitos e obrigações, com potencial natural e parceiros essenciais para a potencialização do desenvolvimento das crianças, envolvendo este processo um complexo conjunto de responsabilidades e originando dificuldades parentais.

Acrescenta ainda que a parentalidade envolve acontecimentos stressantes, nomeadamente em situações de problemas de saúde e em resposta a necessidades básicas, tais como o choro e ao comportamento da criança, procurando a maioria dos cuidadores responder ao problema com apoio sempre que necessário.

Prestar cuidados/assistência ao longo das diversas etapas do ciclo de vida e com os diversos elementos da família, essencialmente durante o exercício do papel parental, é uma prioridade do enfermeiro. Este profissional tem um papel privilegiado face à sua permanência constante nos serviços de saúde, pelo seu contato próximo, e por ser um elo de ligação entre família e os restantes profissionais de Saúde (Soares, 2011).

2. Transição para a parentalidade

“Quando nasce um bebê, nasce também uma mãe e um pai”

DGS, 2005

A DGS (2005) lançou um Manual de orientação para profissionais de saúde relativo à promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância, onde realça a importância e desenvolvimento da gravidez, e o desenvolvimento de novos papéis de pais, no qual se baseia a informação que desenvolvemos.

A gravidez é um período que gera modificações físicas e psíquicas no casal, ao mesmo tempo que os prepara para a parentalidade. É um período em que o casal está mais sensível à mudança, sendo relevante dar suporte e prestar atenção ao estado emocional da mulher, mas também informá-los da importância do bem-estar da criança. O profissional deve ainda desenvolver estratégias que suportem as competências parentais e que facilitem a relação pais-criança.

Durante a gravidez, os pais e o bebê vão realizando uma aprendizagem e adaptações mútuas, visível a nível dos movimentos fetais, dos ritmos sono/vigília e resposta a estímulos.

Esta nova identidade exige o desempenho de funções e responsabilidades novas, desencadeando receios e inseguranças. Para as minimizar, o pai deve estar presente nas consultas e assume um papel de apoio emocional à sua companheira na gravidez e pós – parto, conduzindo esse apoio a benefícios para a mãe e bebê, nomeadamente na aceitação da gravidez e do bebê, vivências mais positivas no parto e maior disponibilidade para o aleitamento materno (DGS, 2005).

O contato precoce durante as primeiras horas de vida, assim como um ambiente calmo protetor, são importantes para a vinculação entre pais/bebê.

É assim importante para o desenvolvimento psíquico e social da criança a adequada intervenção e vinculação segura da criança-pais, com repercussões ao longo da vida, nos cuidados parentais constantes e consistentes.

O mesmo manual define fatores que influenciam o desenvolvimento desta relação, que são: as características do temperamento do bebê (dando como exemplo o nível de atividade, ritmo, reação à proximidade, “consolabilidade” entre outros), a sensibilidade dos pais face às necessidades do bebê e respostas adequadas, a dinâmica da família e fatores socioculturais.

A DGS (2013) no PNSIJ afirma que o desenvolvimento do exercício da parentalidade é favorecido pelo aumento do nível de conhecimentos e da motivação das famílias, bem como pela redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, o que com a ajuda e promoção dos profissionais facilitará aos pais, assumirem o seu direito e dever no novo papel.

Já no que diz respeito ao bebê, o manual supra citado, afirma que este comunica com os cuidadores e estes vão aprendendo a compreender as suas mensagens e a prever as reações do seu bebê, havendo assim uma progressiva resposta adaptada e sincronizada com o mesmo.

Cardoso (2011) afirma que os primeiros anos de vida de uma criança são fundamentais para o desenvolvimento da sua personalidade, das relações que estabelece com os outros e sua adaptação social e psicológica. Nesse âmbito os pais devem incentivar à autonomia dos filhos, estimulando-os a realizar atividades adequadas à idade, das quais resultarão o desenvolvimento de competências das crianças. As práticas maternas têm sido avaliadas como mais relacionadas com a parte afetiva, cuidados e segurança da criança e as do pai mais relacionadas com a disciplina.

Lima (2003) citado por Cardoso (2011) diz que os pais ao longo da infância desempenham varias funções, sendo responsáveis pelo bem-estar da criança, sendo a sua primeira função relacionada com os cuidados básicos como alimentação, higiene, saúde, segurança e abrigo, a segunda a organização de espaços e de objetos, a terceira criar oportunidades para estabelecer relações apropriadas, já a quarta e última estratégia será estimular a criança a compreender o mundo que o rodeia.

Para o *Department of Health* (2000), a família desempenha atividades dirigidas às crianças, tais como: cuidados físicos e de saúde, segurança, cuidados emocionais, estimulando a aprendizagem e o desenvolvimento intelectual através de um ambiente estruturado, previsível e ordenado que facilitará a aprendizagem e desenvolvimento das crianças.

Os primeiros três anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento da criança, havendo grande capacidade de aprendizagem e criando assim oportunidades para os pais

ajudarem no desenvolvimento social, psicológico e cognitivo, tendo por base uma parentalidade positiva. (Lopes, 2010^o)

Costa (2012) afirma que a literatura tem evidenciado a importância da relação pais-filhos no desenvolvimento sociocognitivo da criança, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento emocional e capacidade para as interações sociais.

Por seu lado, a DGS (2005) diz que uma relação e vinculação precoce vão influenciar o desenvolvimento cerebral e contribuir para modular as emoções, pensamento e aprendizagens da criança ao longo da vida, facilitando o seu crescimento com sentimento de segurança interna, confiança nos outros e curiosidade e desejo de explorar o mundo.

3. A Criança até à idade pré-escolar

O nascimento de um filho é um momento único nas vidas dos pais, sendo o primeiro ano de vida repleto de dúvidas, perguntas e inquietações. Para a criança estes doze meses são fundamentais para a construção da sua personalidade e desenvolvimento. Para os pais as principais preocupações são as necessidades fundamentais do bebé tal como a alimentação, sono, desenvolvimento, saúde e conforto (Cordeiro, 2011¹)

O bebé vai-se transformando numa criança, e os pais têm necessidade de conhecer os desafios e necessidades que vão aparecendo nos filhos. Na fase do 1 aos 5 anos de idade estabelecem-se os princípios e valores, o sentimento social e a segurança afetiva. Os neurónios organizam-se e o cérebro desenvolve-se em dependência com o ambiente, os afetos, as regras e o contexto familiar e social. Cordeiro (2012)

O mesmo autor afirma que quando se fala numa criança dos 1 aos 5 anos há questões que preocupam os pais, tais como: “como lidar com uma birra?”, “Como acompanhar o filho na escola”, “o que fazer quando a criança pede chocolates ou doces?”.

Lopes (2010^c) no seu estudo, realizado numa amostra acidental de 106 pais de crianças até aos três anos de idade, verificou que 70% dos pais referenciavam como situação de *stress* os problemas de saúde da criança, necessidades básicas, choro e o seu comportamento.

Neste âmbito, a nova filosofia dos cuidados de enfermagem, são os cuidados centrados na família e visam promover a saúde e o normal desenvolvimento da criança, colocando a família no centro da prestação de cuidados (OE, 2011) e fomentando a aliança parental.

Ainda segundo a OE (2010) existem 9 pilares das áreas funcionais do desenvolvimento infantil que se interligam entre si e onde o enfermeiro, especificamente o especialista da criança e do jovem deve intervir:

- Amamentação/alimentação diversificada;
- Imunização;
- Higiene e vestuário;
- Sono e repouso;
- Brincar;
- Disciplina;

- Segurança;
- Afetos;
- Sexualidade.

Contudo, Lopes (2013), afirmava que os cuidados de saúde prestados pelos profissionais de saúde nem sempre satisfazem as expectativas dos pais e se dirigem aos cuidados onde eles sentem mais dificuldades na abordagem do bebé, sobretudo perante a fragilidade física e a inexperiência da mãe, e insegurança para cuidar do bebé.

Assim, torna-se importante a abordagem deste tema, com vista a construir um guia de boas praticas, que divulgue e enfatize os cuidados dirigidos para a segurança dos cuidados e a apoio à parentalidade perante as situações que os pais relatam como geradoras de *stress*, pelo que optámos por escolher duas temáticas neste âmbito, tais como o choro/birras e comportamento no momento da alimentação.

3.1 Birras

“A disciplina é o segundo presente mais importante que um pai pode dar a uma criança. O amor vem em primeiro lugar”

(T.B.Brazelton)

As birras na primeira infância são uma manifestação característica do normal funcionamento psicológico. A ausência das mesmas é um sinal de alarme, sugerindo dificuldades a nível do processo de separação/individualização (Queirós, 2003).

Apesar desta constatação, Silva (2013) na sua dissertação de mestrado refere que existe um aumento do interesse pelo tema das birras infantis, assumindo como importante a realização de mais estudos sobre as mesmas.

As birras encontram-se entre as principais queixas comuns dos pais em relação aos comportamentos das crianças, sendo mais comuns entre 1 e 4 anos (Leung & Fagan et al, 1991, citado por Silva, 2013).

As birras surgem sobretudo em crianças entre os 18-48 meses, tendo o seu pico entre os 2 – 3 anos, sendo que cerca de 20% das crianças fazem birra pelo menos uma vez por dia e 50-80% pelo mesmo uma birra por semana, com semelhança entre os sexos. Estas por norma coincidem com a altura em que a criança está a adquirir autonomia e a tentar dominar o meio

ambiente. Face à prevalência deste comportamento, é de esperar que os pais se queixem procurando ajuda, o que nem sempre acontece (Gouveia, 2009).

Cordeiro(2011²) define birras como expressão de múltiplos sentimentos relacionados com medos e frustração, temperamento individual e com as etapas de desenvolvimento da criança. Assim, fazer birras é normal, fazendo parte da vida, tal como os medos, não sendo por si só um indicador de desvio futuro do comportamento. Urge sim compreendê-las, para se saber como as contornar. Logo, as birras fazem parte do crescimento, sendo uma tentativa de construir a identidade pessoal. Estas são muitas vezes o resultado da dualidade entre a autonomia que a criança quer e a sua natural dependência dos pais. O autor afirma que “as birras nas crianças são comuns, necessárias e até salutares. Muito mais do que um constante medir de força com os pais, a birra é uma necessidade fisiológica”.

Conceição (2014) afirma que as birras têm uma função reguladora, permitindo à criança conhecer o mundo, descobrir e compreender os limites e o modo como ela inicia o processo de interpretação de regras.

As birras são comportamentos de oposição que ocorrem em todas as crianças ao longo do desenvolvimento, começando a diminuir com o decorrer do mesmo e quando a criança aprende maneiras mais elaboradas de resistir à autoridade (Mireaut, et al 2008, citado por Conceição, 2014).

Quando o bebé é pequeno, as suas necessidades têm uma rápida resposta (por exemplo quando chora com fome é-lhe dada rapidamente comida), mas à medida que cresce os tempos de resposta começam a ser mais amplos tendo a criança dificuldade em perceber porquê. A birra torna-se uma forma de se expressar e de tentar compreender que nem sempre poderá ter o que quer o que lhe gera insegurança levando a manifestação de birra.

Para Queirós et al (2003) citado por Conceição (2014) as birras fazem parte do desenvolvimento psicoafectivo normal da criança, mas quando estas atingem agressividade que levam à instabilidade da dinâmica familiar, torna-se num problema que constitui um dos principais motivos de consulta pedopsiquiátrica na primeira infância. Por sua vez, o facto de uma criança fazer poucas birras ou sobretudo a sua ausência, pode ser um sinal de alerta para a existência de dificuldades ao nível do processo de separação/individuação, uma vez que estas são facilitadoras do processo de individualização e expressão do “eu”.

As birras podem acontecer em qualquer lugar e são normalmente precedidas de um evento precipitante para a criança, como não ter o que quer, ouvir um “não”, ser forçada a

fazer algo que não quer, entre outros, o que lhe provoca emoções como o choro e perda de controlo, e gerar comportamentos como bater os pés, gritar ou bater (Leung & Fagan et al , 1991, citado por Silva 2013).

Para Gouveia (2009) a birra ocorre porque a criança não possui mecanismo para lidar com a frustração, sendo a sua linguagem não-verbal insuficiente. Sem capacidade para perceber o futuro e adiar as suas vontades e resolver os problemas, recorre à birra para chamar a atenção do adulto sobre si. A partir dos três anos com o desenvolvimento da linguagem verbal, usa a birra para obter o que quer e assim manipular o adulto. Como fatores desencadeantes aponta-se o cansaço, o sono, a fome e certas situações como a hora da refeição e hora de deitar.

Urta (2009), citado por Silva (2013) afirma que perante uma birra os pais devem tentar diferentes estratégias para eliminar o comportamento da criança. Perceber que as birras são normais, ajudará os pais a manterem-se calmos, visto que a sua repetição e aumento está muito ligada à resposta que a criança obtém dos pais.

O autor acrescenta que é importante que a criança não consiga o que quer após uma birra, interiorizando assim que a birra não conduz a nada.

3.2- Alimentação

*“ A mãe aproveita o facto do bebé se alimentar de comida
para alimenta-lo também de afeto”*

(Gomes-Pedro/ Greenspan, in OE, 2010)

Uma alimentação saudável na infância contribui decisivamente para um bom estado de saúde e do desenvolvimento da criança, sendo uma necessidade irreduzível, que é consignada na Declaração Universal dos direitos da Criança (OE, 2010).

Uma alimentação equilibrada envolve a ingestão de alimentos em variedade e proporcionalidade, o que implica o contato e habituação a novos alimentos e sabores, sendo que esta habituação é um dos processos primários de aprendizagem fundamental na formação de padrões de recusa ou aceitação dos alimentos (Birch,1999 citado por Costa, 2012).

Estas experiencias alimentares precoces tem uma influencia no desenvolvimento socio-emocional da criança e na qualidade da relação pais-filhos, explicando porque o momento da refeição, que se inicia com a amamentação, é um dos principais focos de interação entre pais e filhos nos primeiros anos de vida (Ramos e Stein, 2000 citado por Costa, 2012)

Gomes- Pedro et al. (2005) citado por Costa (2012), refere que o ato alimentar, traz à mãe grande carga emocional, pois assume aos olhos da família, sociedade e cultura a responsabilidade pelo bem-estar inicial do bebê e do seu crescimento.

Durante os primeiros cinco anos o comportamento alimentar está fortemente associado a características do desenvolvimento, o que leva à necessidade de respostas adequadas e que respeitem essas fases, nomeadamente na qualidade, quantidade, frequência e consistência (Costa, 2012).

Desse cedo são estabelecidos os padrões e as preferências alimentares das crianças, em que estas aceitam ou rejeitam alimentos com base nas qualidades sensoriais do alimento: gosto, textura, cheiro, temperatura ou aparência. Esta aceitação é também influenciada por fatores ambientais, isto é, o contexto em que o alimento é apresentado, assim como a presença de outras pessoas e as consequências esperadas do comer ou não comer contribuem para as reações das crianças aos alimentos. Como tal, durante a refeição, bebês e cuidadores reconhecem e interpretam reciprocamente a comunicação verbal e não-verbal, estabelecendo uma parceria, constituindo isto a base de um vínculo emocional (CEDJE, RSC-DJE, 2011).

A amamentação é: “ um seguro de saúde, uma garantia de crescimento e desenvolvimento equilibrado, sendo referenciado pelas grandes organizações como o único elemento onde não há probabilidade de desnutrição graves, promovendo o vinculo e subsequentemente a paixão intergeracional” (OE, 2010).

Costa(2012), afirma que durante a amamentação os pais interagem com o bebê e a expressão oro facial deste é interpretada como prazer ou insatisfação, originando uma aprendizagem reciproca entre o ato de alimentar da mãe e os comportamentos de feedback da criança.

Aprender a mamar demora tempo e o pai deve ser incentivado a ter um papel ativo, podendo ser um elemento incondicional nesse processo (OE, 2010).

Quando as mães têm duvidas e recorrem ao centro de saúde, este reverte-se num momento importante para o enfermeiro observar a mamada e retirar as dúvidas que angustiam

as mães, salientando-se a importância deste apoio para que este processo tenha sucesso (OE, 2010).

Mudanças rápidas no desenvolvimento em relação à alimentação, acontecem nos primeiros anos de vida, As crianças passam de uma postura supina ou semi-reclinada para a posição sentada e do mecanismo básico de sugar-engolir para o de mastigar-engolir, aprendendo a alimentar-se sozinhas e a fazerem a transição para a dieta e para os modelos alimentares da família (CEDJE, RSC-DJE, 2011).

A alimentação é uma habilidade sensoriomotora que se desenvolve essencialmente ao longo dos dois primeiros anos de vida. Trata-se de um processo sensoriomotor altamente complexo, com estágios de desenvolvimento baseados em maturação neurológica e experiências de aprendizagem. A alimentação, difere de outras habilidades, pelo fato de ser muito dependente, desde o nascimento, de movimentos internos de incentivo ou motivação para iniciar a ingestão (choro de fome), essenciais para a sobrevivência do recém-nascido. Assim, *“o ato de alimentar tem alta carga emocional para a mãe, cuja responsabilidade primária, aos olhos da família, da sociedade e da cultura que a cercam, é garantir o crescimento e o bem-estar inicial de seu bebê. Portanto, a relação de alimentação entre a mãe e o bebê é influenciada, desde os primeiros momentos de vida, tanto por fatores fisiológicos como por forças interacionais em múltiplos níveis”* (Ramsay, 2004)

Com a introdução da diversificação alimentar, inicia-se a aprendizagem de novos sabores e consistências. É uma fase de preocupação e stress/ansiedade dos pais motivados pelas expectativas que os pais e família têm sobre o desenvolvimento e tamanho da criança, e pela dúvida dos alimentos a introduzir (Costa, 2012).

Nesta fase a criança está preparada para o início da diversificação e a ingestão repetida e variada exercita o paladar e o conhecimento de novos sabores o que leva a aprendizagem e à satisfação com a alimentação (ibidem).

A compreensão dos comportamentos alimentares requer assim o reconhecimento de que a alimentação é uma habilidade já estabelecida aos 2 anos e que se baseia em sinais de fome/saciedade e em experiências de aprendizagem. Os sinais de fome/saciedade passam, aos 4 ou 5 anos de idade, do controle primariamente interno para o controle externo (família, escola, sociedade). Assim, os primeiros comportamentos alimentares problemáticos – por exemplo, virar a cabeça, inclinar o corpo ou chorar – tendem a ser reações a sinais internos, como falta de fome ou capacidade deficiente de sucção; esses mesmos comportamentos

também podem ser condicionados por associação com pistas externas e sociais, como pais que os encorajam ou comerciais de televisão. É assim importante a intervenção comportamental precoce para a normalização dos comportamentos alimentares nas interações na situação de refeição, o que, por sua vez, ajuda a promover autonomia e outras habilidades de autoajuda na criança (Ramsay, 2004).

Ramos (2000) fundamenta numa revisão da literatura a evidência e relevância do processo de aprendizagem na formação do comportamento alimentar da criança, através do condicionamento associado da sugestão do sabor dos alimentos, da consequência fisiológica da alimentação e do contexto social. No que diz respeito ao contexto social, afirma que a refeição familiar é o contexto no qual a criança tem oportunidade de comer com os irmãos, amigos e adultos que lhe servem de modelo e que dão atenção a sua alimentação, elogiando encorajando a comer ou corrigindo comportamentos à mesa. As estratégias alimentares dos pais na hora da refeição, contribuem para aquisição das preferências alimentares da criança e para o controle interno da fome e saciedade. Verifica-se, também, a influência das estratégias utilizadas pelos pais nos padrões posteriores de alimentação da criança e constatando-se frequentemente que a maior preocupação dos pais se centra na quantidade de alimento, e com a qualidade e hábitos alimentares saudáveis a esse nível.

Por outro lado, a DGS (2005) afirma que o crescimento é dinâmico e contínuo, com características específicas em cada fase. No período intrauterino, primeiro ano de vida e início de puberdade os ganhos são acelerados, desacelerando a partir do 1 ano de vida, no fim da puberdade e apresentando fases de menores ganhos do 2 ano até ao início da puberdade. Esta última fase é normalmente acompanhada de diminuição de apetite, pelo que se designa de anorexia fisiológica.

Black (2007), afirma que 25%-30% das crianças têm problemas associados à alimentação principalmente ao adquirir novas habilidades e pela introdução de novos alimentos, ou ainda face a expectativas criadas em relação às refeições. Nos primeiros anos as crianças tendem a ganhar autonomia e vontade de fazer coisas sozinhas. Relativamente aos comportamentos alimentares podem tornar-se hesitantes quanto a novos alimentos – neofobia, e insistir em manter um leque limitado de alimentos. Estes problemas são normalmente transitórios e de fácil resolução sem intervenção, no entanto se os problemas persistirem podem prejudicar o crescimento e desenvolvimento da criança assim como a relação filhos-pais.

A literatura recomenda que os pais sejam informados sobre a alimentação saudável para a criança, e dos métodos de aprendizagem das preferências alimentares, ampliando a variabilidade dos alimentos e reduzindo a neofobia alimentar infantil. Além disso, os pais devem ser orientados para permitir que a criança aprenda sobre a sugestão interna da fome e da saciedade, desenvolvendo o autocontrole do seu consumo alimentar, minimizando assim problemas de obesidade (Ramos, M., 2000).

Para que os pais fiquem mais tranquilos, é importante que tenham conhecimento destas fases e características do crescimento com repercussões no comportamento alimentar e necessariamente com necessidades de respostas dos pais diferentes.

Associado às fases descritas anteriormente, explica-se seguidamente características das crianças na diversas faixas etárias, que permitem perceber e estabelecer estratégias e comportamentos de atuação mais adequados dos pais, visto se tratarem de fases de *stress* para a família (Costa, 2012).

Segundo Costa (2012), a partir dos dois anos a criança distrai-se facilmente à mesa, principalmente se houver muitos estímulos, entra na fase seletiva, escolhendo o que quer comer. Nestes períodos os pais estão preocupados com o estado ponderal da criança e tendem a oferecer os alimentos que a criança escolhe e aceita, ocasionando refeições pouco variadas e monotonia alimentar (Macedo, 1999). É pois importante que mesmo que a criança resista, e sem forçar a sua ingestão, os pais mantenham todos os alimentos no prato.

Aos 3-4 anos surgem as manias, caprichos e as birras em excluir determinados alimentos do prato, associar o sabor ao aroma, não querer misturar alimentos diferentes e recusar experimentar novos sabores. Este período designa-se de neofobia alimentar e resulta numa dieta limitada e pouco diversificada, características das crianças chamadas de “*picky eaters*” ou “esquisitas”(Pliner & Loewen, 1995).

Segundo a mesma autora, a aceitação de um novo sabor e alimento pode ocorrer somente após 12-15 apresentações, sendo necessário os pais manterem-se firmes. Uma estratégia que pode resultar nesta fase é incentivar as crianças a participarem em algumas tarefas, visto que a criança gosta de ajudar em alguns trabalhos da casa, nomeadamente cozinhar, podendo esta ser envolvida na confeção dos seus alimentos, o que poderá ajudar na sua aceitação.

A partir dos 5 anos a publicidade e o meio exterior tendem a ter mais impacto nas escolhas alimentares (Fisher & Birch, 2002 citado por Costa, 2012).

Os pais devem comer com a criança, para que sejam oferecidos modelos e as refeições sejam vistas como ocasiões agradáveis. Estes momentos permitem à criança observar os pais experimentando novos alimentos, comunicar sobre fome, saciedade assim como sobre as preferências alimentares. Esta partilha de refeições permite aos pais controlar a alimentação que é oferecida e o ambiente da refeição e garantir que esta se realiza em horários previsíveis num ambiente agradável, desenvolvendo rotinas e ensinando a criança a prever o que vai comer (Black, 2007).

O mesmo autor acrescenta que as refeições devem ser centradas na família, comendo juntos e compartilhando acontecimentos do dia-a-dia. Estas devem ter uma duração superior a 10 minutos, para que a criança tenha tempo suficiente para comer, numa fase em que estão a adquirir habilidades pelo que comem devagar. Por outro lado, as refeições não devem recorrer num período superior a 20- 30 minutos, uma vez que as crianças têm dificuldade em ficar sentadas muito tempo, podendo tornar a refeição um momento adverso.

Recomenda ainda que se deve separar o momento de brincar da hora de comer, evitando uso de brinquedos ou televisão, assim como discussões familiares ou outras formas de distração. Desde o início da diversificação alimentar, as refeições devem ser momentos de socialização, fomentando um ambiente de harmonia e prazer entre os membros da família, devendo evitar-se situações desagradáveis entre a criança e os pais. Por outro lado estes devem fomentar a autonomia para a criança se alimentar sozinha, usando a criatividade à mesa. O elogio na hora certa é um incentivo e o primeiro passo para que a criança tenha “boas maneiras”. (OE, 2010).

2º PARTE - Estudo empírico

4. Metodologia

A revisão sistemática da literatura é uma atividade fundamental para a prática baseada na evidência, visto que condensa uma grande quantidade de informação obtida em estudos científicos de qualidade, estudos primários, que podem ser estudos randomizados, estudos de coortes e ensaios clínicos (Richards *apud* Ramalho, 2005 citado por Pereira, Gaspar, Reis, Barradas e Nobre, 2012), resultando em informação de fácil acesso, refinando a informação.

Lind & Willich(2003) citado por Sampaio et al (2007), definem revisão sistemática (RS), como uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica/intervenção, bem como identificar temas que necessitam de evidência, orientando para investigações futuras.

Assim sendo, como objetivo de sistematizar o conhecimento na área abordada, realizou-se um estudo com base nas orientações do *Cochrane Handbook* (Higgins & Greens, 2011), que serve de guia de uma revisão sistemática da literatura. Os autores recomendam então 7 passos especificamente capítulo 1- formulação do problema, 2 – localização e seleção dos estudos, 3- avaliação crítica dos estudos, 4 –colheita de dados, 5 – análise a apresentação de resultados, 6- interpretação dos resultados , 7 – aperfeiçoamento e utilização.

Com base nesta orientação, o objetivo de uma RS é reunir evidência empírica que cumpra os critérios de elegibilidade previamente definidos, com o propósito de a utilizar para responder às questões de investigação (Higgins & Greens, 2011)

4. 1 Formulação do problema

Uma das principais razões para se desenvolverem RS é o de agregar evidências de pesquisa para guiar a prática clínica, constituindo assim um dos principais fundamentos para o desenvolvimento de estudos que sintetizam a literatura.

Sampaio et al. (2007), uma RS

“requer uma pergunta clara, a definição de uma estratégia de busca, o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigos e, acima de tudo, uma análise criteriosa da qualidade da literatura selecionada. O processo de desenvolvimento desse tipo de estudo de revisão inclui caracterizar cada estudo selecionado, avaliar a qualidade deles, identificar conceitos importantes, comparar as análises estatísticas apresentadas e concluir sobre o que a literatura informa em relação a determinada intervenção, apontando ainda problemas/questões que necessitam de novos estudos. Um trabalho de revisão sistemática segue a estrutura de um artigo original.”

Neste estudo, para a elaboração da questão de investigação foi utilizado o método PICOD, recomendado pelo Manual Cochrane (Higgins & Green, 2011).

Segundo o autor, a questão deve conter especificamente o problema, intervenção, comparação, outcomes ou resultados e desenho do estudo.

P-participantes	Pais de crianças até 5 anos de idade
I – intervenções	Recomendações de enfermagem mais adequadas, para o desenvolvimento da parentalidade positiva, com vista a lidar com o choro/birras e comportamento no momento de alimentar.
C – comparações	Não aplicável
O – outcomes	Promoção da parentalidade positiva em função das duas necessidades da criança
D – desenho	Estudos de revisão de peritos. Estudos randomizados. Revisões sistemáticas. Estudos de caso-controle. Estudos experimentais.

Assim, o presente trabalho pretende dar resposta à seguinte questão de investigação:

“Quais as recomendações de enfermagem mais adequadas para o desenvolvimento da parentalidade positiva, em pais de crianças até aos cinco anos de idade, com vista a lidar com o choro/birras e comportamento no momento da alimentação?”

Face à questão de investigação, este estudo tem como principal objetivo:

Identificar recomendações concretas, baseadas na evidência científica, de boas praticas e recomendações a transmitir aos pais para lidarem com o choro /birras e momento da alimentação, como forma de promover o desenvolvimento de uma parentalidade positiva.

4. 2 Critérios de inclusão e exclusão

Assim, partindo da questão de investigação, foram definidos critérios para inclusão/exclusão de estudos nesta revisão sistemática de literatura.

Critérios de *elegibilidade* de pesquisa:

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Pais de crianças saudáveis com idade igual ou inferior a 5 anos de idade.	Pais de crianças com: Idade superior a 5 anos; Pais de crianças com necessidades especiais; Pais de crianças com doença crónica de base.
Intervenções	Estratégias utilizadas para no lidar com o choro/birra e no momento da alimentação, promotoras da	Estudos que não se refiram a esta temática

	parentalidade positiva,	
Comparações	<u>Não aplicável</u>	<u>Não aplicável</u>
“Outcome”	Estudos que analisem práticas de promoção da parentalidade positiva em função de duas necessidades da criança: choro e alimentação.	Todos os estudos que não analisem esta temática.
Desenho	<p>Pesquisa de estudos em bases científicas publicados entre o 2009 e 2014 .</p> <p>Revisão de peritos.</p> <p>Estudos Randomizados, estudos de caso-controle, estudos experimentais e revisões sistemáticas.</p> <p>Escritos em português, Inglês e Espanhol</p>	<p>Publicações referentes a cartas de leitores e artigos de opinião e comentários.</p> <p>Estudos anteriores a 2009.</p> <p>Escritos noutra idioma que não: português, Inglês e Espanhol</p>

4.3 Processo de localização e seleção dos estudos

A estratégia de busca dos estudos deve descrever detalhadamente as bases de dados utilizadas, os descritores, as palavras passes e os operadores booleanos utilizados no processo (O’Connor, Green e Higgins, 2011; Pereira, Gaspar, Reis, Barradas e Nobre, 2012).

Assim, esta pesquisa foi efetuada através do site da Ordem dos Enfermeiros (OE), especificamente na área reservada a membros e que permite usar base de dados científicas.

No primeiro passo deste processo, que decorreu entre janeiro de 2014 e outubro de 2014, permitiu escolher a EBSCOhost – Reserach Databases, que inclui as seguintes bases de dados científicas:

CINAHL® Plus with Full Text,

Nursing & Allied Health Collection,

Cochrane Plus Collection que inclui: Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e

Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE),

MedicLatina

MEDLINE®.

Num segundo passo, para localizar os principais estudos, revisões sistemáticas e orientações sobre a temática em estudo, foi desenvolvida uma estratégia de pesquisa que incluiu artigos, ensaios clínicos, revisões sistemáticas e orientações de peritos publicados em revistas, livros, utilizando-se como descritores ou palavras-chaves: *parenting education*, *nurses*, *breastfeeding*, *feeding*, *tantrum*, *crying*, *child/parents bonding*, e os seguintes operadores booleanos:

1MeSH Descritor “*parenting education*”

2*parenting education*” AND “*nurses*”

3*parenting education*” AND “*breastfeeding*”

4*parenting education*” AND “*feeding*”

5*parenting education*” OR “*tantrum*”

6*parenting education*” OR “*crying*”

7*parenting education*” OR “*child/parents bonding*”.

Com esta pesquisa inicial obteve-se um total de 7396 resultados.

O motor de busca permite delimitar a pesquisa, (cf. Quadro 1) assim, usando seguidamente vários limitadores, fomos reduzindo os resultados, selecionando 198 estudos eleitos pelos critérios básicos de elegibilidade.

Quadro 1- Estudos obtidos inicialmente

Limitador	Número de artigos
Texto completo	2175
Analisado por especialista	822
Data entre 2009 e 2014	361
Idade – 0-5 anos	198

4. 4 Seleção de estudos

Para sistematizar a seleção de estudos foi usado o teste de relevância I, adaptado de Pereira e Bachion (2006), apresentado de seguida no Quadro 2. Este é um instrumento que lista questões que incluem os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos para o estudo. Cada pergunta deve ser confirmada ou negada, e perante a negação o estudo é excluído.

No decorrer do teste de relevância I foram lidos todos os títulos e resumo dos 198 primeiramente selecionados.

Quadro 2- Teste de relevância I

Referência do estudo	
Questões:	Sim não
O estudo está de acordo com o tema investigado?	
OPERACIONALIZAÇÃO	
INCLUIR	
Pais de crianças até aos 5 anos de idade	
Estudos relatando estratégias utilizadas para desenvolvimento da parentalidade positiva, no choro/birra e momento da alimentação da criança.	
EXCLUIR	
Publicações referentes a cartas de leitores e artigos de opinião e comentários	
Estudos que relatem crianças com doença crónica ou necessidades especiais.	
O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto?	
Estudos publicados entre 2009 – 2014.	
O estudo está publicado no idioma estipulado para o projeto?	
Português; espanhol, inglês.	
O estudo encontra-se disponível em <i>full - text</i> ?	
O estudo envolve seres humanos?	

Fonte: Pereira e Bachion (2006)

De seguida, todos os estudos previamente incluídos com o teste de relevância I, foram submetidos à avaliação de dois investigadores, de forma independente, através do teste de relevância II (Quadro 3), seguindo um padrão semelhante ao primeiro teste, com a diferença que nesta etapa, todos os estudos foram lidos na íntegra. Com este intuito, foram formuladas novas questões para orientar a decisão relativamente à inclusão ou não do estudo para a fase de avaliação da qualidade metodológica. De novo as perguntas devem ser respondidas afirmativa ou negativamente, de forma que a negação excluiu o estudo (Pereira e Bachion, 2006).

Quadro 3- Teste de relevância II

Referência do estudo	
Questões:	Sim Não
O estudo está de acordo com o tema investigado?	
<p>OPERACIONALIZAÇÃO</p> <p>INCLUIR</p> <p>Pais de crianças até aos 5 anos de idade</p> <p>Estudos relatando estratégias utilizadas para desenvolvimento da parentalidade positiva, no choro/birra e ato de alimentar a criança?</p> <p>EXCLUIR</p> <p>Publicações referentes a cartas de leitores e artigos de opinião e comentários</p> <p>Estudos que relatem crianças com doença crónica ou necessidades especiais.</p>	
O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto?	
<p>OPERACIONALIZAÇÃO</p> <p>Estudos publicados entre 2009 – 2014.</p>	
O estudo está publicado no idioma estipulado para o projeto?	
Português; espanhol, inglês.	
O desenho do estudo vai de encontro ao pretendido?	
<p>OPERACIONALIZAÇÃO</p> <p>Revisão de peritos.</p> <p>Estudos Randomizados</p> <p>Estudos de caso-controle</p>	

Estudos experimentais Revisões sistemáticas EXCLUIR Outros desenhos.	
O estudo envolve seres humanos?	
O estudo explicita outcomes pretendidos?	
OPERACIONALIZAÇÃO INCLUIR Estudos relatando estratégias utilizadas para desenvolvimento da parentalidade positiva, no choro/birra e momento da alimentação da criança. EXCLUIR Outros estudos que não analisem as variáveis da inclusão.	

Fonte: Pereira e Bachion (2006)

Da pesquisa inicial resultaram, como supracitamos 198 estudos, dos quais 141 não se relacionavam com a temática deste trabalho, pelo que foram excluídos à partida, ficando assim 57 artigos potencialmente importantes.

Através de análise pormenorizada do desenho dos estudos, utilizando grelhas de análise da qualidade metodológica, específicas conforme o tipo de estudo que se pretendeu analisar: ensaios clínicos ou revisões sistemáticas. Respeitando os critérios de inclusão previamente descritos e rigorosamente seguidos foram excluídos 50 estudos, ficando 7 incluídos.

Sintetizando, pela aplicação do teste de relevância 1, excluíram-se 35 estudos, 13 que não se encontravam em *ful-text*, 8 não estavam de acordo com o tema investigado, 5 artigos por serem artigos de opinião, 2 por serem anteriores ao ano 2009, 2 por serem em japonês, 2 que incluíam crianças com doença crónica e 2 por a idade da criança ser superior a 5 anos. Posteriormente aplicado o teste de relevância 2 excluíram-se mais 15 estudos por não apresentarem estratégias para os pais relativas às duas necessidades em estudo: choro e alimentação (cf. Quadro 4).

Quadro 4 - Estudos excluídos e motivo da exclusão, após aplicação dos critérios de relevância.

ESTUDOS	MOTIVOS DE EXCLUSÃO
Lowth, Mary; Practice Nurse (2014) Aug The baby who crie all the time.	Não discrimina estratégias para os pais perante o choro, apenas aborda os motivos/causas de choro.
Whalley, Ben; Hyland, Michael; Journal of Behavioral Medicine (2013) Placebo by proxy: the effect of parents' beliefs on therapy for children's temper tantrums.; 36 (4): 341-6. ISSN: 0160-7715 PMID: 22580966.	Não discrimina estratégias para os pais perante as birras, compara o efeito de uma terapia e um placebo perante as birras.
Miller, Joyce; Newell, Dave;, (2012) Prognostic significance of subgroup classification for infant patients with crying disorders: A prospective cohort study. Journal of the Canadian Chiropractic Association. Mar; 56 (1): 40-8. ISSN: 0008-3194.	Estudo coorte prospetivo sobre choro excessivo, remonta a Julho de 2007 e março de 2008
AACN Bold Voices, (2014) Excessive Crying as a Premie May Lead to Behavioral Problems Later.May; 6 (5): 23. (journal article - brief item) ISSN: 1948-7088.	Não discrimina estratégias para os pais perante o choro. Artigo de opinião.
Schmid, G.; Schreier, A.; Meyer, R.; Wolke, D.; Child: Care, Health & Development,(2011)Predictors of crying, feeding and sleeping problems: a prospective study. Jul; 37 (4): 493-502.) ISSN: 0305-1862 PMID: 21299592.	Não discrimina estratégias para os pais.
Kvitvær, Bente G; Miller, Joyce; Newell, David (2012) Journal of Clinical Nursing, Improving our understanding of the colicky infant: a prospective observational study. Jan; 21 (1/2): 63-9. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0962-1067 PMID: 21507093,	Não discrimina estratégias para os pais. Aborda o choro: Estudo observacional na tentativa de diagnosticar e atuar perante choro por cólica.

Ishikawa.S, Yuko; Eto; Hiromi Imura Masumi (2012).An observational study using jncast of mother-infant interactions during breastfeeding on the forth day after birth.Journal of Japan Academy of Midwifery,; 26 (2): 264-74. ISSN: 0917-6357.	Artigo completo em japonês.
Esposito G; Venuti P (2010) Understanding early communication signals in autism: a study of the perception of infants' cry.Journal of Intellectual Disability Research, Mar; 54 (Part 3): 216-23. ISSN: 0964-2633	Aborda o tema choro mas numa criança com autismo.
The process of acquiring feeding method by mothers of 0-3months twins [Japanese]. (2010) Fujii M; Journal of Japan Academy of Midwifery, Jun; 24 (1): 4-16. ISSN: 0917-6357,	Artigo completo em japonês.
Hemmi MH; Wolke D; Schneider S (2011)Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis.Archives of Disease in Childhood, Jul; 96 (7): 622-9. ISSN: 0003-9888 PMID: 21508059	Meta-analise que faz associações entre problemas como chorar, dormir, alimentação na infância e problemas comportamentais a longo prazo. Remonta a 1987 e 2006.
Bernal J; Frongillo EA; Herrera H; Rivera J 2012Children live, feel, and respond to experiences of food insecurity that compromise their development and weight status in peri-urban Venezuela.; Journal of Nutrition, Jul; 142 (7): 1343-9. ISSN: 0022-3166 PMID: 22623397	Inclui crianças entre os 10-17 anos.
Douglas, Pamela Sylvia (2013) Diagnosing gastro-oesophageal reflux disease or lactose intolerance in babies who cry alot in the first few months overlooks feeding problems.Journal of Paediatrics & Child Health, Apr; 49 (4): E252-6. ISSN: 1034-4810 PMID: 23495859	Aborda estratégias para o choro mas em criança com doença de refluxo gastro-esofágico ou intolerância à lactose.
Schmid G; Schreier A; Meyer R; Wolke D (2010)A prospective study on the persistence of infant crying, sleeping and feeding	Estudo prospetivo que determina a persistência

<p>problems and preschool behaviour. Acta Paediatrica, Feb; 99 (2): 286-90. ISSN: 0803-5253 PMID: 19886897.</p>	<p>de problema de regulação (choro, alimentação, sono e comportamentos) mas não aborda estratégias para os pais.</p>
<p>Mirmohammadali, Mandana; Tehrani, Shahnaz Golian; Kazemnejad, Anooshirvan; Baharanchi, Fatemeh Sadat Hosseini; Minaee, Bagher; Bekhradi, Reza; Dehkordi, Ziba Raisi; HAYAT.(2011)A Comparative Study of the Effect of Massage with Sunflower Oil or Sesame Oil on Infants' Crying and Sleep Times: A Randomized Clinical Trial. 17 (3): 80. ISSN: 1735-2215.</p>	<p>Não se encontra em <i>full-text</i>.</p>
<p>Parsons CE; Young KS; Parsons E; Stein A; Kringelbach ML (2012) Listening to infant distress vocalizations enhances effortful motor performance.; Acta Paediatrica, Apr; 101 (4): e189-91.ISSN: 0803-5253 PMID: 22150522,</p>	<p>Descreve uma técnica de avaliar o choro, não aborda estratégias para os pais.</p>
<p>Quick ZL; Robb MP; Woodward LJ (2009)Acoustic cry characteristics of infants exposed to methadone during pregnancy Acta Paediatrica, Jan; 98 (1): 74-9. ISSN: 0803-5253 PMID: 18826491.</p>	<p>O artigo aborda o choro na criança exposto a metadona durante a gravidez, sem estratégias para os pais.</p>
<p>Kitzinger S(2009) Letter from Europe: a quick fix for crying? Birth: Issues in Perinatal Care, Mar; 36 (1): 86-7. () ISSN: 0730-7659 PMID: 19278389</p>	<p>Descreve um tradutor de choro, sem estratégias para os pais.</p>
<p>Breastfeeding Review (2010)Colic Solved: The Essential Guide to Infant Reflux and the Care of Your Crying, Difficult-To-Soothe Baby.18 (2): 38. ISSN: 0729-2759</p>	<p>Aborda a importância da amamentação, mas trata-se de um artigo de opinião.</p>
<p>Goldman, Ran D (2013)Pacifier use in the first month of life. Canadian Family Physician, May; 59 (5): 499-500. ISSN: 0008-350X PMID: 23673585</p>	<p>Aborda a importância da amamentação, não aborda estratégias para os pais.</p>
<p>Schuman AJ (2010). Postscript. And now there's an app for that...; Contemporary PediatricsFeb; 27 (2): 72. (journal article - pictorial) ISSN: 8750-0507</p>	<p>Aborda o choro e descreve um aplicativo – CryTranslator- que analisa</p>

	<p>a acústica do choro e aconselha o que fazer.</p> <p>Não discrimina práticas para o tema do estudo.</p>
<p>Bradley E; Finlay F (2009) Towards evidence based medicine for paediatricians. Is cranio-sacral therapy useful in the management of crying babies?; Archives of Disease in Childhood, Jul; 94 (7): 555-6. (ISSN:0003-9888 PMID: 19542065</p>	<p>Artigo que descreve uma técnica - terapia craniossacral, perante uma criança que chora, não estratégias para os pais.</p>
<p>Rouse J .(2009).Research digest.Paediatric Nursing, Jun; 21 (5): 10. ISSN: 0962-9513</p>	<p>O estudo não se encontra em full-text.</p>
<p>Dickin KL; Seim G, Maternal & Child Nutrition [Matern Child Nutr (2013)Adapting the Trials of Improved Practices (TIPs) approach to explore the acceptability and feasibility of nutrition and parenting recommendations: what works for low-income families?ISSN: 1740-8709, Publisher: Wiley-Blackwell; PMID: 24028083.</p>	<p>Aborda estudo sobre comportamentos dos pais para reduzir obesidade.</p>
<p>Kirk, Liz; (2011) Best Beginnings -- working to reduce inequalities in child health. 7 (2): 54-5. (journal article) ISSN: 1745-1205.</p>	<p>Não aborda o tema.</p>
<p>Agami-Micha S, Iglesias-Leboreiro J, Bernárdez-Zapata I, Rendón-Macías ME, Juárez-Domínguez G,(2013).Capacitación de padres para el cuidado de niños pretérmino en su casa. (<i>Spanish</i>). Rev Mex Pediatr ; 80 (2).</p>	<p>Aborda os prematuros e os cuidados que os pais necessitam quando regressam a casa.</p> <p>Não dá orientações do tema.</p>
<p>Kemp L; Harris E; McMahon C; Matthey S; Vimpani G; Anderson T; Schmied V; Aslam H; Zapart S, Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial(2011). Archives Of Disease In Childhood [Arch Dis Child], ISSN: 1468-2044, Jun; Vol. 96 (6), pp. 533-40.</p>	<p>Não aborda o tema.</p>

<p>Brown, Mary; Heine, Ralf G, Jordan, Brigid (2009)Health and well-being in school-age children following persistente crying in infancy. Journal of Paediatrics and Child Health 45.254–262. doi:10.1111/j.1440-1754.2009.01487.x</p>	<p>Inclui crianças 5-8 anos.</p>
<p>Navidad, Ana; Women & Birth, (2013). Core of life Oct; 26: S48. (journal article - abstract) ISSN: 1871-5192 http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2013.08.152</p>	<p>Não disponível em <i>full-text</i>.</p>
<p>Zhang X; Kurtz M; Lee SY; Liu H,.(2014)Early Intervention for Preterm Infants and Their Mothers: A Systematic Review The Journal Of Perinatal & Neonatal Nursing [J Perinat Neonatal Nurs], ISSN: 1550-5073, Nov 18; Publisher: Lippincott Williams & Wilkins; PMID: 25408293.</p>	<p>Não disponível em <i>full-text</i>.</p>
<p>Maycock, Bruce; Binns, Colin W.; Dhaliwal, Satvinder; Tohotoa, Jenny; Hauck, Yvonne; Burns, Sharyn; Howat, Peter.(2013). Education and Support for Fathers Improves Breastfeeding Rates: A Randomized Controlled Trial. Journal of Human Lactation,Nov; 29 (4): 484-90. (journal article - randomized controlled trial, research, tables/charts) ISSN: 0890-3344 PMID: 2360357</p>	<p>É um estudo randomizado e controlado para aumentar a iniciação e a duração do aleitamento. Não faz recomendações de parentalidade.</p>
<p>About, Frances E.; Singla, Daisy R.; Nahil, Md Imam; Borisova, Ivelina.(2013) Effectiveness of a parenting program in Bangladesh to address early childhood health, growth and development. Social Science & Medicine, Nov; 97: 250-8. (journal article - research) ISSN: 0277-9536 PMID: 23871435,</p>	<p>Não disponível em <i>full-text</i></p>
<p>Salonen, Anne H.; Kaunonen, Marja; Åstedt-Kurki, Päivi; Järvenpää, Anna-Liisa; Isoaho, Hannu; Tarkka, Marja-Terttu; (2011) Effectiveness of an internet-based intervention enhancing Finnish parents' parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period.Midwifery, Dec; 27 (6): 832-41.</p>	<p>Não disponível em <i>full-text</i>.</p>
<p>Spinelli MG, Endicott J, Goetz RR (2013).Increased breastfeeding rates in black women after a treatment intervention. Breastfeeding medicine , 8 6, 479 (479-84).</p>	<p>Não disponível em <i>full-text</i>.</p>

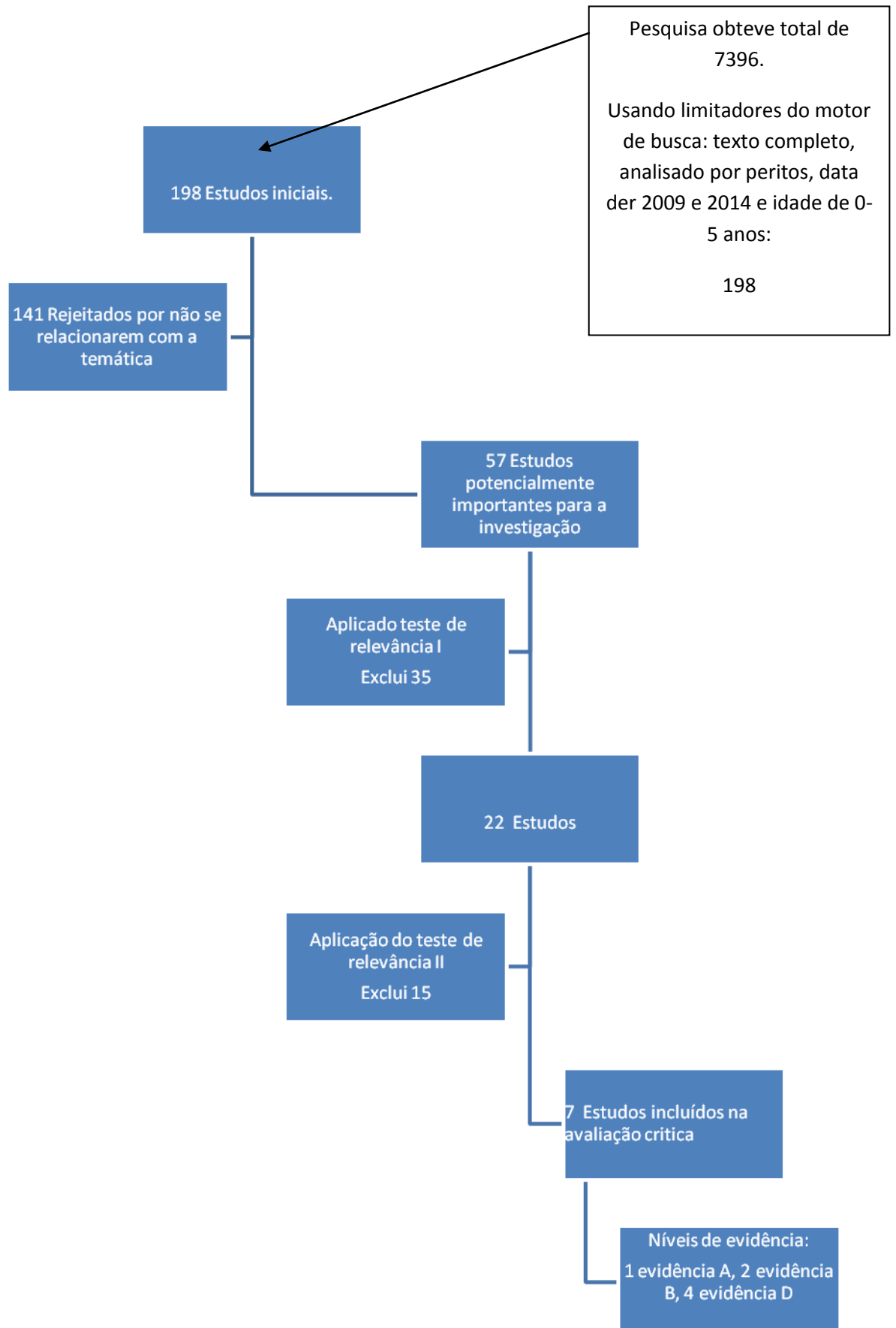
<p>Brophy-Herb HE; Silk K; Horodynski MA; Mercer L; Olson B; (2009) Key theoretical frameworks for intervention: understanding and promoting behavior change in parent-infant feeding choices in a low-income population. <i>Journal of Primary Prevention</i>, Mar; 30 (2): 191-208. (journal article) ISSN: 0278-095X PMID: 19283484.</p>	<p>Não aborda o tema</p>
<p>Burns, E.; Schmied, V.; Fenwick, J.; Sheehan, A.; (2012) ,Liquid gold from the milk bar: Constructions of breastmilk and breastfeeding women in the language and practices of midwives. <i>Social Science & Medicine</i>, Nov; 75 (10): 1737-45. (journal article - research) ISSN: 0277-9536 PMID: 22906527.</p>	<p>Não aborda o tema</p>
<p>White-Traut R; Norr KF; Fabiyi C; Rankin KM; Li Z; Liu L, (2013). Mother -infant interaction improves with a developmental intervention for mother-preterm infant dyads. <i>Behavior & Development</i> , ISSN: 1934-8800, Dec; Vol. 36 (4), pp. 694-706.</p>	<p>Não disponível <i>em full-text</i>.</p>
<p>AIMS Journal, 2013; NCT Breastfeeding Package .25 (3): 15. (journal article - pictorial) ISSN: 1357-9657</p>	<p>Artigo de jornal de opinião.</p>
<p>Neuroscience or neurobabble? How science is informing parenting policy.</p>	<p>Não disponível <i>em full-text</i>.</p>
<p>McIntyre-Miller A; Chmiel C, The Practising Midwife [Pract Midwife],(2013)Tayside: implementing the Scottish antenatal parent education pack.ISSN: 1461-3123, Apr; Vol. 16 (4), pp. 28-30; Publisher: Hochland & Hochland; PMID: 23687874NHS</p>	<p>Não disponível <i>em full-text</i>, nem resumo.</p>
<p>Dalton WT, Schetzina KE, Holt N, Fulton-Robinson H, Ho A-L, Tudiver F, McBee MT, Wu T.(2011). Parent-led activity and nutrition (plan) for healthy living: Design and methods Source: <i>Contemporary clinical trials</i> 32 (6), p882 (882-92) .</p>	<p>Não aborda o tema</p>
<p>Nolan, Mary; Practising Midwife.(2012). Preparation for a birth and beyond: caring for our baby.Sep; 15 (8): 25-6. (journal article - pictorial) ISSN: 1461-3123.</p>	<p>Não disponível <i>em full-text</i>.</p>
<p>Davies, Lorna; Essentially MIDIRS.(2013) Sitting next to Nelly: Issues around baby care: part 2.Mar; 4 (3): 40-4. (journal article)</p>	<p>Não disponível <i>em full-text</i> nem resumos.</p>

ISSN: 2044-0308 .	
Nicholson, Alf; (2013) Surviving the first year: common challenges faced by new parents. <i>World of Irish Nursing & Midwifery</i> , Jun; 21 (5): 39-40. (journal article) ISSN: 1393-8088.	Não faz orientações para a prática dos pais.
Nichols J; Schutte NS; Brown RF; Dennis C; Price I.(2009). 4The impact of a self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes <i>Health Education & Behavior</i> , Apr; 36 (2): 250-8. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 1090-19811789312	Não aborda o tema
Limbrick, Nicole; Top 10 transdisciplinary resources .(2013) <i>Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology</i> ; 15 (3): 154-6. (journal article - pictorial) ISSN: 2200-0259	Não disponível em <i>full-text</i> .
Jennifer, Fenwick; Elaine, Burns; Athena, Sheehan; Virginia, Schmied; <i>Midwifery</i> , (2013). We only talk about breast feeding: A discourse analysis of infant feeding messages in antenatal group-based education.; 29 (5): 425-33. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0266-6138 PMID: 22541692.	Não aborda o tema
Bleah, Doris A., Ellett, Marsha L..(2010) Infant Crying Among Recent African Immigrants. <i>Health Care for Women International</i> , 31:652–663, ISSN: 0739-9332 print / 1096-4665 online, DOI: 10.1080/07399331003628446.	Artigo opinião.
Price, Mary P.; Miner, Stephanie. (2009) Mother becoming: Learning to read Mikala’s signs. University of Utah, Occupational Therapy, Salt Lake City, USA <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> .; 16: 68 – 77.	Artigo narrativo, estudo de caso, não dá orientações para a prática
Douglas, Pamela Sylvia; Hill, Peter Stewart; Brodribb, Wendy(2011) The unsettled baby: how complexity science helps, <i>Arch Dis Child</i> September, Vol 96 No 9	Artigo narrativo, estudo de caso. Não dá orientações para a prática
Leerkes , Esther M. (2010) Predictors of Maternal Sensitivity to Infant Distress. <i>Parenting science and practice</i> , 10: 219–239	Aborda o tema mas sem recomendações para a prática.

Após esta avaliação e aplicação dos testes de relevância tendo em conta os critérios de elegibilidade, resultaram 7 artigos incluídos nesta revisão sistemática.

De forma a sistematizar e realçar todo este processo de seleção realizou-se um diagrama (diagrama 1) para o efeito.

Diagrama 1- Seleção estudos analisados



4.5 Análise crítica dos resultados

A avaliação crítica da evidência científica – em termos da validade, importância e aplicabilidade dos resultados – constituiu um passo essencial na base científica para a elaboração de recomendações e boas práticas clínicas. Sem uma garantia da qualidade metodológica e científica dos estudos que serviram de base, as conclusões poderia ser posta em causa (Vaz et al, 2010). Para atribuição do nível de evidência científica e graus de recomendações baseados na classificação do *Center for Evidence Based Medicine de Oxford*, apresentado por Bugalho e Carneiro (2007); Lopes, Catarino e Dixe (2010:112 (cf. Quadro 5).

Quadro 5 - Quadro de evidência

Estudo (autores e ano)	
Participantes	
Métodos	
Intervenções	
Resultados	
Conclusões	
Implicações práticas	
Nível de evidência	

Adaptado de: Bugalho e Carneiro (2007:41); Lopes, Catarino e Dixe (2010:112).

A atribuição do nível de evidência científica utilizou-se o quadro 5, relativo aos níveis de evidência e graus de recomendação apresentados por Bugalho e Carneiro (2007), baseados, por sua vez, na classificação do Centre for Evidence Based Medicine de Oxford. (cf. quadro 6).

Quadro 6 - Níveis de evidência e graus de recomendação.

Grau de recomendação	Nível de evidência	Análise metodológica
A	1a	Revisão sistemática (com homogeneidade interna)
	1b	Ensaio clínico controlado e randomizado com intervalos de confiança curtos
	1c	Resultado do tipo “tudo ou nada”/ “todos ou nenhum”
B	2a	Revisão sistemática (com homogeneidade interna) de estudos de coorte
	2b	Estudos de coorte individuais
	2c	Investigação sobre resultados (“outcomes research”) e estudos ecológicos
	3a	Revisão sistemática (com homogeneidade interna) de estudos de caso-controlo
	3b	Estudos caso-controlo individuais
C	4	Estudos e serie de casos (e também estudos de coorte e caso-controlo de baixa qualidade)
D	5	Opinião de peritos sem explicitação prévia da metodologia de avaliação crítica da evidência ou baseada em investigação básica (extrapolações), ou em “princípios primários”.

Os quadros seguintes constituíram as grelhas para avaliação crítica, sendo específicos conforme o tipo de estudo analisados, neste caso, avaliação qualitativa e revisões sistematizadas.

Estes quadros são constituídos por questões - guias - (primárias e secundárias), a cujas respostas os estudos em análise tiveram que responder detalhadamente, para que pudessem ser incluídos (ou não) na análise final e, conseqüentemente, servirem de base científica ao actual estudo (quadros 7 e 8)

Quadro 7 - Grelha de avaliação crítica de um artigo sobre investigação Qualitativa

VALIDADE DOS RESULTADOS	S	?	N	n/a
1. O artigo descreveu um problema clinicamente				
2. Importante, através de uma questão claramente d				
3. A abordagem qualitativa foi apropriada?				
4. A estratégia de amostragem foi claramente definida e justificada?				
5. Quais foram os métodos utilizados na recolha de dados?				
6. Quais foram os métodos utilizados na análise dos dados e que medidas de controlo de qualidade foram implementados?				
7. A relação entre os investigadores e os participantes no estudo foi convenientemente explicitada?				
IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS				
8. Quais são os resultados e respondem à questão colocada?				
9. Os resultados são credíveis?				
10. Quais as conclusões? São suportadas pelos resultados? Ficam exploradas eventuais explicações alternativas para os resultados?				
APLICABILIDADE DOS RESULTADOS				
11. Os achados dos estudos são transferíveis para outros contextos clínicos?				

Fonte: Bugalho e Carneiro (2004), Carneiro, 2008

Quadro 8 - Grelha para avaliação crítica de uma revisão sistemática

VALIDADE DOS RESULTADOS	S	?	N
1- A revisão centra-se sobre uma questão clínica claramente focalizada?			
2- Os critérios de inclusão (e exclusão) dos estudos na RS foram apropriados?			
3- Terão sido incluídos todos os estudo importantes e relevantes?			
4- A qualidade dos estudos incluídos foi corretamente avaliada?			
5- As avaliações críticas dos estudos foram reprodutíveis entre os avaliadores ?			
6- Foram os resultados dos estudos similares entre eles?			
IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS			
7- Quais os resultados globais da RS?			
8- Qual é a precisão dos resultados da RS?			
APLICABILIDADE DOS RESULTADOS			
9- Os resultados da RS podem ser aplicados aos nossos doentes?			
10- Foram considerados todos os resultados (<i>outcomes</i>) clinicamente importantes, tendo em conta a questão colocada?			
11- Os benefícios da aplicação prática dos resultados compensam os potenciais danos e custos?			

Fonte: Bugalho e Carneiro (2007:43)

5. Apresentação dos resultados

A RS da literatura é fundamental para a prática baseada na evidência, visando condensar grande quantidade de informações num único estudo, tornando fácil o acesso a informação de um tema. Os resultados devem ser extraídos pelos dois pesquisadores de forma independente (Pereira, AL, Bachion, MM, 2006).

Procede - se neste capítulo à apresentação dos resultados, referindo a análise criteriosa e crítica dos estudos incluídos. Posteriormente apresenta-se discussão de resultados e recomendações para os profissionais de forma a promover a parentalidade positiva nas áreas do choro/birras e no momento de alimentação.

5.1 Análise da evidência científica

Para se proceder a análise da qualidade dos 7 estudos incluídos nesta RS iniciou-se pela sua ordenação numérica para facilitar a sua referência ao longo do trabalho. Estes foram ainda analisados do ponto de vista do tipo de estudo e objetivos pretendidos, apresentando os autores, títulos e a publicação (cf. Quadro 9).

Pela análise do quadro podemos afirmar que a maioria dos estudos utiliza uma metodologia do tipo qualitativo.

Tendo na sua base a parentalidade, a maioria dos estudos incluídos aborda as birras/choro, estudos 1, 2, 3, 7, enquanto o estudo 5 e 6 abordam o momento da alimentação, o 4 aborda os dois temas. Já o estudo 6 aborda as preocupações parentais dos pais, considerando o “comer” como a sua maior preocupação.

Quadro 9 – Ordenação de estudos incluídos e análise dos objetivos.

Número atribuído	Autores	Título	Publicação	Tipo de estudo	Objetivos
1	Kurth, E.; et al (2013)	Responding to a crying infant -- You do not learn it overnight: A phenomenological study.	Elsevier; 30 (6): 742-9	Fenomeno lógico.	Examinar as percepções e práticas de mães do primeiro filho, em resposta ao choro, durante as primeiras 12 semanas

					pós parto.
2	McKenzie, S A 2013	Fifteen-minute consultation: Troublesome crying in infancy.	Archives of Disease in Childhood -- Education & Practice Edition, Dec; 98 (6): 209-1	Opinião de peritos.	Explicar as causas do choro e reduzir a hiperestimulação.
3	Daniels, E.; Mandleco, B.; Luthy, K. E.; 2012	Assessment, management, and prevention of childhood temper tantrums.	Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, Oct; 24 (10): 569-73	Revisão da literatura.	Fornecer uma visão geral de birras e comportamentos anormais na criança. Organizar recomendações de enfermeiras, para aconselhamento das famílias.
4	Priddis , L.; E, Wells, G. 2010	Improving parent–infant relationships: An innovative group approach to working with families to improve parent–infant relationships within a community setting	Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing, Volume 13 Number 3 – November	Qualitativ o experimen tal	Explorar mudança nos relacionamentos pais- filho com foco específico na compreensão dos pais e na gestão dos distúrbios regulamentares nos seus filhos; choro, sono e alimentação.
5	Bahr, D. Johanson, N, 2013	A Family- Centered Approach to	Perspectives on Swallowing & Swallowing	Opinião de peritos.	Discutir o valor do desenvolvimento de uma alimentação

		Feeding Disorders in Children (Birth to 5-Years)	Disorders (Dysphagia) Dec; 22 (4): 160-70. (49 ref)		saudável precoce. Enumerar recomendações para pais e cuidadores, sobre aspetos socio-emocionais complexos da alimentação centrados na família.
6	Porter N.; Ispa J .M. 2013	Mothers' online message board questions about parenting infants and toddlers	Journal of Advanced Nursing 69(3), 559–568.doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06030.x	Análise de conteúdo etnográfico o	Explorar as preocupações dos pais na educação infantil, com base numa busca na internet.
7	Abdulrazzaq, Yousef Mohamed Kendi1, Asma Al,Nagelkerkes, Nicolaas 2009	Soothing methods used to calm a baby in an Arab country	Acta Pædiatrica 2009 98, pp. 392–396.DOI:10.1111/j.1651-2227.2008.01029.x	Qualitativ o.	Determinar como as mães de diferentes origens culturais acalmam os bebés.

De forma a obter uma recolha homogénea dos dados e evidência científica dos artigos incluídos realiza-se um síntese descritiva em tabelas de evidência, contendo o preconizado por Bugalho e Carneiro (2004).

Procede-se assim em seguida à apresentação dos quadros referentes aos 8 estudos incluídos, antecedidas de um resumo/apresentação de cada estudo.

No estudo Kurth et al. (2013) (cf. Quadro 10), após observação das díades mãe-bebé que tinham dado à luz um recém-nascido saudável e após análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas com as mesmas, concluiu-se que o choro é um comportamento inato mas a

experiência e informações ajuda as mães de primeira viagem a responderem ao choro, em contraste, as mães experientes lidam de forma positiva com o choro gerindo o seu *stress*.

Quadro 10 – Quadro de evidência relativa ao estudo Kurth et al. (2013)

1 - Kurth, .E. , Powell, K, H., Stutz , E. Z., Fornaro, I., Spichiger, E. (2013). Responding to a crying infant – You do not learn it overnight: A phenomenological study. Midwifery 30 : 742–749.	
Participantes	15 Díades mãe-bebé, oriundas de diversificados níveis socio-educacionais que tinham dado à luz um recém-nascido saudável de termo, por parto vaginal ou cesariana, num hospital de apoio terciário na Suíça.
Métodos	Estudo de análise fenomenológica, numa amostra de variação máxima cujos dados foram obtidos através de observação da díade participante e análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas com os mesmos participantes durante a visita domiciliária, efetuadas 6-8 e 12-14 semanas pós parto.
Intervenções	n/a.
Resultados	<p>Mães pela primeira vez mostram algumas habilidades suaves desde o início, mas aperfeiçoam suas práticas de lidar com a criança que chora e gerenciar suas próprias reações. Com a crescente experiência mães adquiriram uma compreensão diferenciada da razão e urgência e sucesso de uso de técnicas suaves.</p> <p>Ao mesmo tempo, elas aprenderam a avaliar e atenuar o seu próprio <i>stress</i> e reações quando a criança se acalmava sozinha, adotando expectativas realistas de comportamento infantil normal.</p> <p>Mães experientes sabiam que o choro frequente de lactentes iria diminuir depois de um tempo, considerando que as mães de primeira viagem lidam sem essa expectativa positiva.</p>
Conclusões	Responder ao choro, mesmo que sendo em parte um comportamento inato, é fortemente moldada por mães com crescente especialização em cuidados infantis.

	Para adquirir as competências necessárias e autoconfiança, novas mães exigem cuidados de apoio técnico que estejam em sintonia com a sua aprendizagem especialmente com a primeira criança.
Implicações práticas	As mães inexperientes precisam de informações sobre o comportamento de choro neonatal e na gestão do stress. Devem ser ensinadas como reconhecer e responder a novos sinais de recém-nascidos, e como lidar com seu próprio esforço. Nos cuidados pós-parto devem ser fornecidas informações às mães iniciantes, para aprender com modelos experientes.
Nível de evidência	Estudo qualitativo fenomenológico. Nível de evidência D

No estudo de McKenzie (2013), apresentado no quadro 11, o choro é identificado como a problemática que mais angustia os pais. Nesta opinião de peritos são descritas medidas para acalmar o bebê, e sugerido que crianças que melhorem o choro, resolvem também dificuldades na alimentação.

Quadro 11 – Quadro de evidência relativa ao estudo McKenzie (2013)

2 - Fifteen-minute consultation: Troublesome crying in infancy. Arch Dis Child Educ Pract Ed;98:209–211. doi:10.1136/archdischild-2013-303903.	
Participantes	n/a.
Métodos	Pais responderam a um questionário sobre “Como se sentem desde que o bebe nasceu”, tendo que responder a dez questões.
Intervenções	n/a.
Resultados	n/a.
Conclusões	Mostrar disponibilidade, e apoio continuado em casa é importante, mas se isto não for bem-sucedido, ou se a mãe estiver exausta, uma curta admissão no hospital pode ser útil. Conselhos para as mães: acalmar o bebê de forma gentil, diminuir

	<p>estimulações ajuda à auto-regulação do bebê diminuindo o choro, vestir ao bebê roupas leves, mantê-lo em contenção facilitada. Estabelecer contato olho-no-olho com o bebê quando ambos estão relaxados incentiva a vinculação.</p> <p>As dificuldades alimentares quase sempre se resolvem quando o choro melhora.</p>
Implicações práticas	<p>Os pais devem sentir apoio e a certeza que não estão sozinhos nesta situação e deve agendar-se um aconselhamento telefônico, no prazo entre 48h a uma semana do pedido de ajuda.</p> <p>Investigação e medicação numa criança com normal desenvolvimento não são necessárias. Visita domiciliar será benéfica para definir recomendações específicas.</p> <p>O acompanhamento e aconselhamento deve ser feito pela pessoa de referência para que se mantenha a segurança na relação profissional-pais.</p>
Nível de evidência	Opinião de perito - D

Na revisão da literatura efetuada por Daniels et al (2012) (cf. Quadro 12) concluiu-se que a melhor forma de atuar é prevenir a birra, expondo assim as recomendações para tal, assim como atuar no decurso das mesmas.

Quadro 12 – Quadro de evidência relativa ao estudo Daniels et al (2012)

3 - Daniels, E., Mandleco, B., & Luthy. K. E. (2012). Management, and prevention of childhood temper tantrums. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 24, 569–573.doi: 10.1111/j.1745-7599.2012.00755.x	
Participantes	Participantes nos estudos selecionados: oito artigos de revistas, oito livros e recomendações da AAP.
Métodos	Revisão sistemática da literatura, efetuada por busca eletrónica em diversas bases de dados, com artigos “peer-reviewed”, publicados em

língua Inglesa desde 2000.	
Intervenções	n/a
Resultados	n/a
Conclusões	<p>As birras são um dos mais comuns problemas de comportamento em crianças, devido às suas limitadas estratégias de ajustamento às situações. Fazem parte do processo normal de desenvolvimento e gestão de emoções, que tendem a desaparecer quando esta ganha mais independência e capacidade de verbalizar o que pretende, cerca dos 5 anos.</p> <p>Obter informações de como, quando e porquê as birras ocorrem pode ajudar a estabelecer as estratégias de ajuda.</p> <p>Embora a maioria das crianças tenham birras, com o apoio dos enfermeiros, suporte e orientação nos cuidados primários, a maioria das crianças não exigirá intervenção futura.</p> <p>Comportamentos de birra anormais devem ser referenciados, sobretudo se acompanhados de outros comportamentos como desordens de sono, enurese, agressividade ou ansiedade extrema (AAP, 2008; Grover, 2008).</p>
Implicações práticas	<p><u>Recomendações</u> aos pais:</p> <p>Explicar que as principais razões porque ocorrem as birras são para obter o que querem, evitar ou escapar de fazer algo, ou procurar atenção parental. Ocorrem muitas vezes quando a criança está cansada, doente ou frustrada, pelo que devem manter a calma e ignorar a situação, não abordando a criança até que se acalme (AAP, 2008; Grover, 2008). É especialmente importante que os pais não cedam quando uma birra ocorre, porque isso pode funcionar como reforço negativo.</p> <p>Os pais podem ajudar as crianças a sentir que eles estão no controlo das decisões, oferecendo escolhas, tanto quanto possível, evitando dizer "não" com demasiada frequência. Os pais devem ouvir atentamente as solicitações da criança. Se o pedido é razoável, devem considerar dizer</p>

"sim", se a segurança da criança não estiver em causa.

Os pais devem ser bons exemplos quando se lida com o estresse pelo que devem evitar discutir ou gritar na frente das crianças (AAP, 2008).

A punição física pode incentivar a birra e ensina às crianças que o comportamento violento é permitido (Kyle, 2008; Murphy & Berry, 2009).

É importante que os pais dêem à criança atenção positiva; aqueles que não recebem essa atenção vão tentar obter atenção negativa que é melhor do que nenhuma (AAP, 2008). Fornecer cinco interações positivas para cada interação negativa: passar tempo sozinho com um dos pais, dar recompensas pelo bom comportamento (pode ser um brinquedo favorito, ou elogio verbal, como "Obrigado") (Abell, 2005; Beers, 2003).

A melhor forma de lidar com as birras é a prevenção, mas uma vez ocorrendo há varias maneiras de gerir os efeitos.

Nível de evidência

Rrevisão sistemática da literatura – evidência A

O estudo 4 de Priddis & Wells (2010) (cf. quadro 13) é um estudo experimental qualitativo. Os resultados evidenciam a evolução dos participantes após aplicação do TIP, um programa de intervenção sintonizado em parentalidade, observando-se alterações substanciais no relacionamento, o que não acontece no grupo controlo.

Quadro 13 – Quadro de evidência relativa ao estudo de Priddis & Wells, (2010).

4 - Priddis , Lynn E, Wells, Gail (2010). Neonatal Paediatric and child health nursing. Volume 13 Number 3 .

Participantes

17 mães de bebés com idade 6-18 mês, tendo como critérios de inclusão mães que estavam no momento a ponderar tratamento para o filho com problemas de sono , choro e alimentação e que se autorreferenciaram, tendo os colaboradores do programa identificado problemas de relacionamento na díade mãe-filho.

Grupo de controlo: 14 mães de filhos de igual idade com os mesmos

	<p>problemas e que receberam tratamento tradicional para distúrbios na alimentação, choro e sono, tendo sido colocados numa lista de espera para a intervenção de grupo.</p>
Métodos	<p>Estudo experimental quantitativo, realizado com grupo de controlo com mães, onde estas eram filmadas pela equipa, uma semana antes do grupo de intervenção, em situações de jogos e momentos de separação e reunião com os filhos.</p> <p>Segue-se uma entrevista semiestruturada sobre a filmagem. A entrevista é gravada e transcrita e feita análise de conteúdo por pessoas externas à investigação.</p> <p>Após a intervenção do programa e 10 semanas mais tarde para o grupo controle, os dados foram recolhidos novamente..</p>
Intervenções	<p>As intervenções do Programa TIP são executadas em 9 sessões realizadas com intervalo semanal e duração de 2 horas.</p> <p>Apenas as mães são autorizadas a participar nas sessões.</p> <p>As primeiras três sessões são introdutórias onde as mães compartilham esperanças e medos ao grupos, introduzem-se conceitos teóricos e é mostrado um exemplo de sessão filmada em que os modelos são os líderes.</p> <p>O foco da sessão do filme é a díade participante.</p> <p>Discussão é facilitada a partir da perspectiva materna, em seguida a partir do lactente e, finalmente, a partir da perspectiva da relação podendo depois o grupo contribuir com respostas pessoais.</p> <p>Nas Sessões finais as mães revem os filmes previamente gravados com o seu bebé e escolhem uma cena significativa para si. Através da discussão e reflexão, eles criam uma legenda significativa para si e este é aplicado a uma cena escolhida, sendo impressa e guardada.</p>
Resultados	<p>Foram observáveis mudanças no filme de interações entre pais e filhos, exceto em duas das duplas do grupo de intervenção.</p>
Conclusões	<p>Foram observados em todas as díadas problemas de interação, sendo observadas alterações substanciais naquelas que participaram no TIP.</p> <p>Os pais participantes nos grupos de intervenção TIP, tornaram-se mais conscientes da natureza e importância da sintonia à sensibilidade das suas crianças, particularmente em questões de sono, alimentação e choro. As mães envolvidas na reflexão sobre seus próprios estilos de parentalidade aprenderam a observar o efeito deste sobre os comportamentos de seus filhos.</p> <p>Eles tornaram-se mais conscientes da natureza dinâmica do seu relacionamento com seus filhos e refletiram mais sobre estado mental dos seus bebés.</p>
Implicações práticas	<p>Com a aplicação desde TIP os enfermeiros têm manifestado um crescente desenvolvimento de conhecimentos baseados em evidência científica na área da saúde mental e vinculação infantil, assim como na observação e orientação na relação pais –filhos nomeadamente na técnica” falar com o bebé”.</p>
Nível de evidência	<p>Experimental quantitativo, com grupo de controlo evidência B</p>

Relativamente à alimentação, no estudo 5, Bahr & Johanson (2013) (c.f Quadro- 14) efetua uma revisão sobre a importância de um desenvolvimento de hábitos alimentares, para um desenvolvimento da criança normal e com qualidade de vida positiva, realçando o momento da alimentação como uma oportunidade única para a parentalidade, com momentos de partilha e comunicação com os seus filhos, passar tradições, culturas e fortalecerem vínculos familiares, dando aos filhos segurança.

Quadro 14 – Quadro de evidência relativa ao estudo Bahr & Johanson (2013).

5 – Bahr & Johanson (2013). A Family-Centered Approach to Feeding Disorders in Children (Birth to 5-Years), Perspectives on Swallowing & Swallowing Disorders (Dysphagia); 22 (4): 160-70. (49 ref)	
Participantes	n/a
Métodos	n/a
Intervenções	n/a
Resultados	n/a
Conclusões	<p>A criança aos dois anos deverá ter habilidades de alimentação iguais ao adulto, sendo até essa idade o período crítico de aprendizagem.</p> <p>Os pais devem ter uma abordagem proactiva, evitando comportamento que perpetuem padrões sensoriomotores orais imaturos, e identificar problemas para precocemente encaminhar para o especialista (Dwyer et al, 2010).</p> <p>Uma abordagem centrada na família pode evitar muitos transtornos alimentares, pois os pais devem saber quais as competências a promover, quando incentivar e quando referenciar.</p> <p>A saúde mental parental, incluindo a angústia, depressão e ansiedade pode afetar a sensibilidade e capacidade de resposta à criança durante a alimentação e hora da refeição (Hurley, Black, Papas, Caulfield, 2008). Cuidadores com afetos menos positivos e maior dificuldade em perceber as solicitações dos filhos são mais propensos a interferir no crescimento dos mesmos assim como na sua autonomia, controlando os filhos na hora da refeição (Ammaniti et al, 2004).</p> <p>Distúrbios de alimentação são mais frequentes em cuidadores que usam práticas coercivas e negativas de alimentação muitas vezes associados à recusa de novos alimentos (Sanders, Patel, Lê Grise, Sheperd, 1993).</p>

Implicações práticas	<p>Construir suporte ambiental durante a alimentação e hora da refeição, fornece a base para as necessidades individuais da criança, através da relação pais - criança. Deve envolver-se os pais e cuidadores e ensiná-los a tornar a comunicação e interação eficientes, isto deve incluir ensinar que devem ser oportunos e responsáveis para as sugestões da criança, partilhar o controlo com a criança e desenvolver uma relação, atenção e reciprocidade assim como rotinas:(Black Aboud, 2011, Salter, 2000).</p> <p>Para criar essa rotina é necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir uma agenda de refeições e lanches em casa; - Permitir autoalimentação com autonomia e independência; - Fornecer a exposição a uma variedade de sabores, texturas, e grupos alimentares precoce; - Adequar a apresentação e porção de alimentos à idade e nível de habilidade da criança; - Definir tempo para refeição; - Estratégias de gestão comportamental suportadas pelo ambiente.
Níveis de evidência	Opinião de peritos - evidência D

O quadro 15, resume a evidência do estudo de Porter & Ispa (2013), que realizaram um estudo de análise etnográfica de dúvidas colocadas em sites de internet relativamente à parentalidade, as dúvidas são essencialmente postadas por pais de primeira viagem, e são predominantemente relativas à alimentação e sono.

Quadro 15– Quadro de evidência relativa ao estudo de Porter & Ispa (2013)

<p>6 - Porter N. & Ispa, J .M. (2013) Mothers’ online message board questions about parenting infants and toddlers. Journal of Advanced Nursing 69(3), 559–568. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06030.x</p>	
Participantes	Foram analisadas mensagens postadas em dois websites de revistas de puericultura por 112 mães de crianças entre 0-2 anos.
Métodos	Estudo etnográfico que submeteu a análise de conteúdo num total de 120 mensagens postadas em 2007, por pais de crianças dos 0 – 2 anos de idade. A amostra foi limitada às duas revistas e aos domínios de postagem previamente identificados: alimentação/comer; sono; desenvolvimento da criança; disciplina; treino de casa de banho e relação mãe-filho.
Intervenções	n/a
Resultados	Em 97 das 120 postagens estas eram relevantes apenas para um domínio e os restantes 23 para os dois.

	<p>As postagens são similares por sexo, sendo as preocupações com comer e sono principalmente em bebês.</p> <p>Em contraste as preocupações com disciplina e treino de wc são em crianças com 2 anos e algumas com idade inferior de aproximadamente um ano, mas pouco frequente em latentes.</p>
Conclusões	<p>Nesta era da globalização, as mães estão expostos a uma variedade de pontos de vista profissionais sobre educação infantil sendo alguns desses pontos de vista originados em outros países.</p> <p>A multiplicidade de ideias educativas leva muitas mães a interferir sobre as decisões do profissional de saúde e à possibilidade de utilizar estratégias tradicionais de parentalidade ou adotar estratégias alternativas, incluindo aquelas usados em outros países.</p> <p>Muitas mães utilizam redes online para conhecerem experiências de outros pais e partilharem as mesmas transições da vida, frustrações, e dicas de outros pais.</p> <p>Algumas mães são altamente estressados e sentem necessidade urgente de informação e aconselhamento.</p> <p>Fóruns online tornam-se um espaço aberto onde as mães podem abertamente descrever crenças e as suas próprias emoções negativas sobre parentalidade e fazer questões para ganhar tranquilidade e resolver problemas das crianças.</p> <p>A importância que deram ao domínio da alimentação e nutrição reflete que a grande quantidade de informações relacionadas com hábitos alimentares saudáveis disponíveis para os pais podem servir para ampliar a sua confusão sobre as práticas de alimentação mais adequadas. A ansiedade dos pais sobre a alimentação, horários e ingestão alimentar também pode ter sido agravada por causa de sensibilização da sociedade face à subida das taxas de obesidade entre as crianças. Além disso as pesquisas têm mostrado consistentemente que os estilos alimentares das crianças e pesos são muitas vezes influenciados pelos pais o que aumenta a sua preocupação face ao assunto.'</p>
Implicações práticas	<p>O apoio dos prestadores de cuidados de saúde para mães de bebês e crianças pode ser melhorado se tiver em mente que mensagens conflitantes sobre educação dos filhos, podem levar a confusão e stress parental.</p> <p>Preocupações sobre padrões de sono e alimentação precisam de atenção especial e devem ser abordadas em as consultas de vigilância de saúde.</p> <p>O apoio dos profissionais pode ser melhorado se se tiver conhecimentos sobre as questões que causam mais confusão e stress e que deveriam ser abordadas nas consultas. Os profissionais podem, visitando este tipo de fóruns, considera-los como uma janela de oportunidade para ampliar a informação sobre as dúvidas dos pais acerca de assuntos da educação dos seus filhos</p>
Nível de evidência	Análise de conteúdo etnográfico – evidência D

Usando um estudo quantitativo, Abdulrazzaq, et al (2009), no estudo 7, (cf. Quadro 16) obtém os métodos usados para acalmar um bebê em diversas culturas, sendo esta determinante para a escolha dos mesmos.

Quadro 16 – Quadro de evidência relativa ao estudo Abdulrazzaq et al (2009)

7 - Abdulrazzaq, Yousef Mohamed Kendi¹, Asma Al,Nagelkerkes, Nicolaas (2009) Soothing methods used to calm a baby in an Arab country Acta Pædiatrica 98, pp. 392–396.DOI:10.1111/j.1651-2227.200801029.x	
Participantes	702 mães de nacionalidade Árabe, Indiana e Filipina que tinham dado á luz recentemente, recrutadas de forma aleatória proporcional.
Métodos	Abordadas 1137 mães de diferentes origens culturais, 998 concordaram participar no estudo, apenas 716 responderam ao questionário através de uma entrevista telefónica. Os pais foram convidados a participar no estudo no dia do parto, sendo o questionário realizado por meio de entrevistas telefónicas às mães quando o bebé tinha perto de 2 semanas de idade. Os dados foram inseridos e analisados usando SPSS.
Intervenções	Os indivíduos foram divididos em 6 grupos dependendo da nacionalidade: Emirados Árabes Unidos; Outros Muçulmanos Árabes (OAM) Não Outros Muçulmanos Árabes Unidos (NOAM, principalmente Paquistão e Bangladesh); Indianos; Filipinos e outros.
Resultados	O mais comum para acalmar o bebé foi o aleitamento materno com Seguindo-se manter e conter/aconchegar a criança permitir chuchar o dedo, uso de chá de ervas, uso de biberão noturno, aconchego com “panos/fralda de pano” infantil. Em geral, a técnica biberão noturno era utilizada entre todas as nacionalidades, embora outras mães árabes a usassem com menos frequência. O uso de chá de ervas era mais comumente usado como técnicas de calmantes pelas mães dos Emirados Árabes e Mães OAMS. Em resposta ao choro dos bebés as mães doas Emirados Árabes em comparação com outras mães, eram significativamente mais propensas a usar objeto de transição como “fralda ou pano infantil ” e darem um biberão à noite. Colocar os bebés na posição ventral para dormir, parece ser um hábito árabe que raramente foi relatada por outros grupos. Por outro lado, a reprodução de música não era nem popular entre os árabes, nem entre outros muçulmanos, mas mais comum em filipinos e indianos. Massagear o abdómen não é popular entre as mães árabes em comparação com outros muçulmanos e não-Muçulmanos. Nenhuma das mães entrevistadas referiram agitar/sacudir os seus bebés para acalma-los. O sexo da criança teve um impacto significativo no uso do objeto de transição, verificando ser mais frequente entre as meninas. A erva mais utilizado pelas mães foi anis (165 mães), e de forma decrescente: Chá de erva-doce, “água gripe”, cominho, camomila, hortelã e feno-grego.

Conclusões	A etnia e nacionalidade das mães tem forte impacto sobre os métodos usados para acalmar o bebê.
Implicações práticas	Há uma necessidade de fornecer orientações culturalmente congruentes aos pais sobre as formas possíveis de acalmar o choro da criança. Torna-se necessário conhecer as formas mais eficazes e predominantes em cada cultura. Embora surjam vários estudos sobre o tema, em diversas culturas, e com resultados diferentes para o mesmo método, parece ser consensual que o contato pele-a-pele acalma o bebê em situações de stress e/ou dolorosas; assim como o contacto olho-a olho transmite apego emocional e segurança.
Nível de evidência	Quantitativo randomizado – Evidência B

De seguida e em jeito de resumo, procedeu-se à elaboração de um quadro síntese dos resultados dos estudos sujeitos a avaliação crítica, sendo composto pelo autor/ano de publicação, tipo de estudo e evidência, e os resultados obtidos para cada tema identificado (cf. quadro 17)

Quadro 17. - Quadro síntese dos resultados dos estudos incluídos no trabalho

Autores/Ano	Tema	Tipo de estudo/nível evidência	Resultados
1. Kurth et al 2013	Choro/birras	Qualitativo fenomenológico Evidência D	As repostas das mães ao choro da criança, sendo um comportamento inato, verifica-se que a experiência e informações ajuda as mães de primeira viagem a responderem ao choro, pois em contraste, as mães experientes lidam de forma positiva com o choro do bebê gerindo o seu stress.
2. McKenzie, 2013	Choro/birras	Opinião de peritos – evidência D	<p>Mostrar disponibilidade, e apoio continuado em casa é importante, mas se isto não for bem-sucedido, ou se a mãe estiver exausta, uma curta admissão no hospital pode ser útil.</p> <p>Conselhos para as mães: acalmar o bebê de forma gentil, diminuir estimulações ajuda à autorregulação do bebê diminuindo o choro, vestir ao bebê roupas leves, mantê-lo em contenção facilitada. Estabelecer contato olho-no-olho com o bebê quando ambos estão relaxados incentiva a vinculação.</p> <p>As dificuldades alimentares quase</p>

			sempre se resolvem quando o choro melhora.
3. Daniel set al 2012	Choro/birras	Revisão sistemática da literatura – evidência A	<p>As birras são um dos mais comuns problemas de comportamento em crianças, devido às suas limitadas estratégias de ajustamento às situações. Fazem parte do processo normal de desenvolvimento e gestão de emoções, que tendem a desaparecer quando esta ganha mais independência e capacidade de verbalizar o que pretende, cerca dos 5 anos.</p> <p>Obter informações de como, quando e porquê as birras ocorrem pode ajudar a estabelecer as estratégias de ajuda.</p> <p>Embora a maioria das crianças tenham birras, com o apoio dos enfermeiros, suporte e orientação nos cuidados primários, a maioria das crianças não exigirá intervenção futura.</p> <p>Comportamentos de birra anormais devem ser referenciados, sobretudo se acompanhados de outros comportamentos como desordens de sono, enurese, agressividade ou ansiedade extrema (AAP, 2008; Grover, 2008).</p>
4. Priddis , L.; E, Wells,	Choro/alimentação	Experimental quantitativo,	Aplicação de um programa de abordagem comportamental melhora

G. 2010	com grupo de controlo evidência B	o relacionamento pai-filhos no contexto específico de distúrbios de sono, choro e comportamentos de alimentação dos filhos.
5. Bahr, D. Johanson, N, 2013	Alimentação Opinião de peritos. Evidência D	Momento da alimentação como uma oportunidade única para a parentalidade, com momentos de partilha e comunicação com os seus filhos, passar tradições, culturas e fortalecerem vínculos familiares dando aos filhos segurança, apontando recomendações para os pais obterem essa partilha, sendo o mais importante estabelecer rotinas.
6 - Porter N.; Ispa J .M. 2013	Alimentação/sono Análise de conteúdo etnográfico – opinião de peritos – evidência D	<p>Nesta era da globalização, as mães estão expostas a uma variedade de pontos de vista profissionais sobre educação infantil sendo alguns desses pontos de vista originados em outros países.</p> <p>A multiplicidade de ideias educativas leva muitas mães a interferir sobre as decisões do profissional de saúde e à possibilidade de utilizar estratégias tradicionais de parentalidade ou adotar estratégias alternativas, incluindo aquelas usados em outros países.</p> <p>Muitas mães utilizam redes online para conhecerem experiências de outros pais e partilharem as mesmas transições da vida, frustrações, e dicas de outros pais.</p> <p>Algumas mães são altamente estressados e sentem necessidade urgente de informação e aconselhamento.</p> <p>Fóruns online tornam-se um espaço aberto onde as mães podem</p>

abertamente descrever crenças e as suas próprias emoções negativas sobre parentalidade e fazer questões para ganhar tranquilidade e resolver problemas das crianças.

A importância que deram ao domínio da alimentação e nutrição reflete que a grande quantidade de informações relacionadas com hábitos alimentares saudáveis disponíveis para os pais podem servir para ampliar a sua confusão sobre as práticas de alimentação mais adequadas. A ansiedade dos pais sobre a alimentação, horários e ingestão alimentar também pode ter sido agravada por causa de sensibilização da sociedade face à subida das taxas de obesidade entre as crianças. Além disso as pesquisas têm mostrado consistentemente que os estilos alimentares das crianças e pesos são muitas vezes influenciados pelos pais o que aumenta a sua preocupação face ao assunto.

7 - Abdulrazzaq et al 2009	Choro/birras	Quantitativo randomizado – Evidência B	Métodos utilizados para acalmar o bebé: resultados por ordem decrescente - o aleitamento materno. Seguindo-se manter e conter a criança, permitir chuchar o dedo, uso de chá de ervas, uso de biberão noturno, aconchego com “panos/fralda de pano” infantil.
-------------------------------------	--------------	--	---

5.2 Análise e interpretação de resultados

Após a análise de todos os artigos, procede-se à estruturação e resumo de recomendações com implicações para a prática, nos dois temas abordados, choro/birra e momento da alimentação tendo com base as conclusões das diversas investigações.

Para uma melhor compreensão elaboramos 3 quadros resumos das recomendações para a promoção da parentalidade perante o choro/birras, (cf. Quadro 18), e no momento da alimentação, (cf. Quadro 19).

O estudo de Priddis & Wells (2010) aborda a parentalidade com mudanças de comportamento no relacionamento filho-pais com distúrbios no choro/ sono/ alimentação, cujas recomendações são descritas no Quadro 20.

Quadro 18 – Quadro final das recomendações relativamente ao choro /birras.

Autores/Ano	Recomendações
1. Kurth et al (2013)	<p>Responder ao choro é em parte um comportamento inato mas fortemente modelado pela experiência.</p> <p>As mães de primeira viagem precisam de autoconfiança através do fornecimento de informação, cuidados domiciliários pós- natais e grupos que sirvam de modelos.</p> <p>Devem entender que com o tempo aprendem a avaliar e atenuar o seu próprio stress e angústia e que o choro da criança irá também diminuir com o tempo.</p> <p>Devem ser ensinadas por profissionais a reconhecer e responder a sinais do RN, lidar como o seu stress e aprenderem com modelos experientes.</p>
2 McKenzie, (2013)	<p>- Diminuir a hiperestimulação o bebé diminui o choro excessivo, recomenda-se assim: acalmar o bebé de forma gentil, diminuir estimulações ajuda à autorregulação do bebé diminuindo o choro, vestir ao bebé roupas leves, mantê-lo em contenção facilitada. Estabelecer contato olho-no-olho com o bebê quando ambos estão relaxados o que incentiva a vinculação. Evitar alimentação neste fase.</p> <p>Aconselhamento feito pelo profissional de referência que demonstre</p>

disponibilidade e que, se necessário, deverá acompanhar os pais através de contato telefónico, visita domiciliária ou se a situação não se resolver recorrer-se ao um internamento hospitalar.

3. Daniels et al (2012) Deve excluir outras causas para a alteração dos comportamentos, depois disso, a melhor forma de lidar com as birras é preveni-las. Assim recomenda-se explicar aos pais porque surgem, nomeadamente devido às suas limitadas estratégias de ajustamento às situações. Fazem parte do processo normal de desenvolvimento e gestão de emoções, que tendem a desaparecer quando esta ganha mais independência e capacidade de verbalizar o que pretende, cerca dos 5 anos.

Surgem habitualmente em situações de frustração, fome alteração de rotinas ou para obter atenção parental, contudo é importante obter informações de como, quando e porquê as birras ocorrem.

Objetiva-se a prevenção através de:

- Conhecer a criança e perceber a causa,
- Manter rotinas, principalmente de refeição e sono, evitando atividades perto desses momentos;
- Adaptar a casa e brinquedos à criança idade da mesma;
- Evitar situações em que seja necessário o uso repetitivo do “não”; por exemplo colocar fechaduras nos armários, em vez de estar constantemente a dizer “não podes mexer, não podes abrir”.
- Ensinar as crianças a manifestar os seus sentimentos e vontades, em vez de usar a birra para obter o que pretendem;
- Ajudar a criança a sentir que tem o controlo na decisão, sempre que isso seja aceitável para ambas as partes e não comprometa a segurança;
- Os pais devem ouvir atentamente as solicitações da criança. Se o pedido é razoável, devem considerar dizer "sim"
- Ser exemplo de gestão de stress;
- Dar atenção positiva;

- Evitar o castigo físico, pois pode prolongar e intensificar o comportamento, além de que ensina às crianças que o comportamento violento é permitido (Kyle, 2008; Murphy & Berry, 2009).

Perante a birra: manter a calma, distrair ou ignorar, em casos extremos e excepcionais usar o “time Out” - um minuto por cada ano da criança, em que ignora o comportamento e deixa a criança se acalmar.

Comportamentos de birra anormais devem ser referenciados, sobretudo se acompanhados de outros comportamentos como desordens de sono, enurese, agressividade ou ansiedade extrema (AAP, 2008; Grover, 2008).

- 7
Abdulrazzaq
et al (2009)
- Os métodos para acalmar o choro da criança são influenciados por questões e pressões culturais e sociais. é consensual que o uso de contacto pele-com-pele acalma o bebé nas situações de stress e dolorosas, e olho-a-olho transmite apego emocional e segurança.
- Há uma necessidade de fornecer orientações culturalmente congruentes aos pais sobre as formas possíveis de acalmar o choro da criança.
- Torna-se necessário conhecer as formas mais eficazes e predominantes em cada cultura.

Quadro 19 – Quadro final das recomendações relativamente a alimentação.

Autores/Ano	Recomendações
5 Bahr, D. Johanson, N, (2013)	Os períodos de desenvolvimento de maior habilidades no que se refere à alimentação ocorrem até aos 2 anos, e nesta idade devem os pais ter conhecimento do que é espectável para a idade de forma a detetar problemas alimentares precocemente. Construir suporte ambiental durante a alimentação e hora da refeição, fornece a base para as necessidades individuais da criança,

incentiva a relação pais - criança

Os pais devem interagir e comunicar coma a criança durante a refeição.

Este momento deve ser reconhecido como uma rotina, com uma ambiente em que a criança esteja tranquila, relaxada e possa desenvolver práticas alimentares positivas.

Para isso é necessário:

- definir uma agenda de refeições e lanches em casa;
- permitir auto-alimentação com autonomia e independência
- fornecer e expor à variedade de sabores, texturas e grupos alimentares;
- adequação da apresentação e porção de alimentos ao nível de habilidades da criança;
- definir um tempo limite para a refeição

6 - Porter N.; Os pais recorrem à internet como fonte de informação sobre a parentalidade, apresentando-se mais inseguros os pais de primeira viagem.

Ispa J .M.

(2013)

Por ordem decrescente, os assuntos mais abordados são o comer, dormir, disciplina, treino WC e relação pais-filho. Usam a internet para tentar esclarecer as informações conflitantes que obtêm de diversas formas.

Os profissionais deve conhecer o conteúdos destas fontes, atualizando-se relativamente as dúvidas dos pais, apara que possa esclarece-los sendo mais diretivos e esclarecedores.

A importância que dão ao domínio da alimentação e nutrição reflete que a grande quantidade de informações relacionadas com hábitos alimentares saudáveis disponíveis para os pais, podem servir para ampliar a sua confusão sobre as práticas de alimentação mais adequadas.

Quadro 20 – Quadro final de recomendações relativamente a choro/ sono/ alimentação.

Autores/Ano	Recomendações
4. Priddis , L.; E, Wells, G.(2010)	<p>Uma intervenção realizada por profissionais com observação e modelos e dos próprios comportamentos seguida da reflexão sobre os mesmos modificam os comportamentos maternos e promovem a parentalidade face as necessidades afetadas da criança de sono, alimentação e choro.</p> <p>A observação da relação parental com os filhos assim como os comportamentos torna os pais mais conscientes da sua relação com os filhos e sobre o estado mental dos mesmos.</p>

6. Discussão dos resultados

A parentalidade é um tema de saúde com muita relevância na sociedade atual, o seu exercício intervém na promoção a saúde e bem-estar da criança, sendo que a sua ausência ou alteração pode interferir no saudável desenvolvimento físico e emocional da criança, com aparecimento de problemas de saúde físicos e sociais (Gage, Everett e Bullock, 2006 citado por Magalhães, 2011). Todos os progenitores desejam ser boas mães ou bons pais para os seus filhos. No entanto, a parentalidade, para além de uma feliz e gratificante experiência, pode ser igualmente uma tarefa muito exigente (site Conselho Europa).

O Conselho da Europa (2006), citado por Lopes (2010^c), afirma que parentalidade positiva tem como princípios básicos o reconhecimento das crianças e pais como detetores de direitos e obrigações, com potencial natural e parceiros essenciais para a potencialização do desenvolvimento das crianças, envolvendo este processo um complexo conjunto de responsabilidades parentais. Acrescenta ainda que a parentalidade envolve acontecimentos stressantes, nomeadamente em situações de problemas de saúde e em resposta a necessidades básicas, tais como o choro e comportamento da criança, procurando a maioria dos cuidadores responder ao problema com apoio, apoio este que poderá ser o centro do trabalho do enfermeiro especialista da Criança e do Jovem.

Varias organizações, como Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), Conselho da Europa (2008), e diversos estudos como o de Cordeiro (2011¹), Lopes (2010^c);(Leung & Fagan et al , 1991, citado por Silva 2013), apontam a importância do exercício da parentalidade e identificam nos diversos estudos, as situações que os pais relataram como mais geradoras de *stress*, tais como *choro/birras* e *como lidar com o comportamento da criança no momento da alimentação*, que são também apontadas pela OE como pilares fundamentais do desenvolvimento infantil e da relação pais/filhos.

Assim, considerando a importância de, a nível dos cuidados de enfermagem da criança e do Jovem se reformularem as práticas, promovendo uma prestação de cuidados fundamentada na evidência científica que oriente para um dos aspectos fundamentais da sua prática, como é a parentalidade, torna-se fundamental analisar investigações neste âmbito.

Na pesquisa efetuada obtivemos 7 estudos que abordam o tema em estudo, tendo identificado 4 no âmbito do choro/birras, 2 relativos à alimentação e um que aborda os dois temas.

Lopes (2013), afirmava que os cuidados de saúde prestados pelos profissionais de saúde nem sempre satisfazem as expectativas dos pais ou se dirigem aqueles que sentem mais dificuldades nos cuidados ao bebé, devido a fragilidade física, inexperiência e insegurança da mãe para cuidar do bebé.

No estudo de Porter & Ispa (2013), os autores afirmam que o apoio dos profissionais pode ser melhorado se se tiver conhecimentos sobre as questões que causam confusão e *stress* nos pais, podendo neste caso ser as consultas mais dirigidas. Nesta era da globalização muitas mães utilizam redes online para conhecerem experiências de outros pais e partilharem as mesmas transições da vida, frustrações, e dicas de outros pais. Contudo, a multiplicidade de ideias leva muitas mães a interferir nas decisões do profissional de saúde e à possibilidade de utilizar estratégias alternativas de parentalidade, incluindo aquelas usados em outros países. Estando alerta para este facto e visitando este tipo de fóruns, os profissionais podem estar mais despoletados para as expectativas dos pais sobre a educação dos seus filhos, devendo mais facilmente orientar as consultas.

Na actualidade, a internet, desempenha um papel importante na vida de muitos pais, principalmente nos de primeira viagem, verificando os autores supra citados que 57% dos participantes tinham apenas um filho e que usavam esta forma de busca para terem resposta às suas dúvidas. As mais manifestadas era as relativas à alimentação e sono, principalmente em bebés, e preocupações com a disciplina e treino de casa de banho, sobretudo em crianças por volta dos 2 anos.

Priddis & Wells (2010), no seu estudo observacional com aplicação do TIP, um programa de intervenção sintonizado em parentalidade, com intervenção em situações de jogos e momentos de separação e reunião entre mães e filhos. As sessões foram realizadas por profissionais, seguida da reflexão Os pais participantes nos grupos de intervenção TIP, tornaram-se mais conscientes da natureza e importância da sintonia à sensibilidade das suas crianças, particularmente em questões de sono, alimentação e choro.

Com a aplicação desde TIP os enfermeiros têm manifestado um crescente desenvolvimento de conhecimentos baseados em evidência científica na área da saúde mental e vinculação infantil, assim como na observação e orientação na relação pais –filhos nomeadamente na técnica” falar com o bebé”, com vantagens sobre a intervenção convencional.

O aconselhamento feito pelo profissional de referência, que se necessário deverá acompanhar os pais através de contacto telefónico e visita domiciliária, poderá ajudar na gestão da parentalidade do *stress* que algumas situações acarretam (Mckenzie, 2013), pela possibilidade de avaliar no ambiente natural a dificuldades com que se deparam as famílias.

Com esta mesma preocupação é definido no PNSIJ (2013) que se devem desenvolver os meios que possibilitem a **visitação domiciliária**: *“elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco”*.

Ainda no que diz respeito ao choro, Kurth et al (2013), no seu estudo concluem que as mães com o tempo e experiencia vão aprendendo a gerir o seu próprio *stress* e aprendendo a que o choro e *stress* da criança irá diminuindo com a experiencia materna e com modelos e profissionais experientes.

Abdulrazzaq et al (2009), conclui que a escolha dos métodos calmantes para o choro são influenciados por questões e pressões culturais e sociais, o que sugere a importância de respostas culturalmente congruentes. Havendo consenso que o uso de contato pele-a a pele acalma o bebé em situações de *stress* e dor, assim como o contacto olho-no-olho transmite apego emocional e segurança. O estudo aponta o recurso ao aleitamento materno como o calmante mais usado nas várias populações. Os autores citam um estudo Português, realizado Pereira & Ramos(1993), onde se conclui que em Portugal 40% dos pais usam a técnica do contacto olho-no-olho com os filhos até estes adormecerem ou aclamarem durante a noite.

Já McKenzie, (2013), afirma que se deve manter um ambiente calmo, enrolar o bebé em roupas leves, (mantê-lo aconchegado) segurar a criança e com contacto olho-no-olho, diminuir estimulações ajuda à autorregulação do bebé diminuindo o choro, quando ambos estão relaxados incentiva a vinculação.

Por sua vez as dificuldades alimentares quase sempre se resolvem quando o choro melhora.

No estudo de Daniels et al. (2012), focando-se nas birras, refere que estas são um dos mais comuns problemas de comportamento em crianças. Embora a maioria das crianças tenham birras, com o apoio dos enfermeiros, suporte e orientação dos cuidados primários, a maioria das crianças não exigirá intervenção futura. O mais importante é prevenir as birras, mas uma vez ocorrendo há varias maneiras de as gerir. Os autores consideram importante

informar os pais sobre as principais razões porque ocorrem as birras, que estas são um dos mais comuns problemas de comportamento em crianças, devido às suas limitadas estratégias de ajustamento às situações. Fazem parte do seu processo normal de desenvolvimento e gestão de emoções, que tendem a desaparecer quando esta ganha mais independência e capacidade de verbalizar o que pretende, cerca dos 5 anos.

Assim, habitualmente estas surgem para as crianças obterem o que querem, evitar ou escapar de fazer algo, ou procurar atenção parental.

Ocorrem muitas vezes quando a criança está cansada, doente ou frustrada, pelo que os pais devem manter a calma e ignorar a situação, não abordando a criança até que se acalme (AAP, 2008; Grover, 2008).

Na pesquisa, recomenda-se que se deve prevenir a birra evitando o uso excessivo do “não”, mantendo rotinas principalmente de refeição e sono e evitando atividades perto desses momentos. Em casos extremos e excepcionais perante a birra usar o “time Out” - um minuto por cada ano da criança, em que ignora o comportamento da criança e deixa -a acalmar. Evitar o castigo físico, pois pode prolongar e intensificar o comportamento;

Urta (2009), citado por Silva (2013) afirma que é importante que a criança não consiga o que quer após uma birra, interiorizando assim que a birra não conduz a nada.

No que diz respeito as recomendações no momento da alimentação, Black, (2004), afirma que 25% a 30% das crianças têm problemas associados à alimentação principalmente ao adquirir novas habilidades Nos primeiros anos as crianças tendem a ganhar autonomia e vontade de fazer coisas sozinhas. Relativamente aos comportamentos alimentares podem tornar-se hesitantes quanto a novos alimentos – neofobia, e insistir em manter um leque limitado de alimentos. Estes problemas são normalmente transitórios e de fácil resolução sem intervenção, no entanto se os problemas persistirem podem prejudicar o crescimento e desenvolvimento da criança assim como a relação filhos-pais.

Bahr & Johanson,(2013) numa RS afirmam que uma abordagem centrada na família pode evitar muitos transtornos alimentares, pois os pais devem saber quais as competências a promover, quando incentivar e quando referenciar.

Torna-se importante referir que a criança aos dois anos deverá ter habilidades de alimentação iguais ao adulto, sendo até essa idade o período crítico de aprendizagem. Os pais devem então ter uma abordagem proactiva, evitando comportamento que perpetuem padrões sensoriomotores orais imaturos, e se identificarem problemas, devem precocemente procurar ajuda de um especialista (Dwyer et al, 2010).

Construir suporte ambiental, durante a alimentação e hora da refeição, fornece a base para as necessidades individuais da criança, através da relação pais - criança. Deve assim envolver-se pais e cuidadores e ensina-los a tornar a comunicação e interação eficientes, isto deve incluir ensinar que devem ser oportunos e responsáveis para as sugestões da criança, partilhar o controlo com a criança e desenvolver uma relação e atenção e reciprocidade assim como rotinas:(Black Aboud, 2011, Salter, 2000).

O momento de alimentação deve ser reconhecido como uma rotina, num ambiente em que a criança esteja tranquila, relaxada e possa desenvolver práticas alimentares positivas. Para isso é necessário definir horários de refeições, fornecer e expor variedade de sabores, texturas e grupos alimentares; adequação da apresentação e porção de alimentos e adaptá-los ao nível de habilidades da criança, definir um tempo limite para a refeição e permitir a autoalimentação com autonomia e independência (Bah, & Johanson, 2013).

A RS vai ao encontro do enquadramento teórico, onde Black (2007) acrescenta que as refeições devem ser centradas na família, comendo juntos e compartilhando acontecimentos do dia-a-dia. As refeições não devem demasiado curtas para que a criança tenha tempo suficiente para comer, principalmente quando estão a adquirir habilidades e comem devagar, nem superior a 20- 30 minutos uma vez que as crianças têm dificuldade em ficar sentadas muito tempo, podendo neste caso a refeição ser considerada um momento adverso.

Recomenda ainda que se deve separar o momento de brincar da hora de comer, evitando o uso de brinquedos ou televisão, assim como discussões familiares ou outras formas de distração, como o uso da televisão, por sua vez a aquisição de habilidades é facilitada pelo uso de utensílios pequenos, adequados à idade da criança.

A análise dos estudos que integram esta revisão deixam recomendações importantes para a mudança de atitude face às birras e no momento de alimentação da criança, cuja prática pode constituir uma mais-valia na promoção da parentalidade e uma forma de obter ganhos em saúde.

7. Conclusões/Recomendações principais

A presente RS assumiu-se como um objetivo profissional, acadêmico, de investigação e pessoal, trazendo contributos em todos esses campos.

A questão de investigação elaborada surge de uma motivação profissional, visando obter fundamentação para possível alicerçagem num projeto de investimento no local de trabalho cujo tema da parentalidade era sentido como central.

Com a elaboração de uma RS pretendeu-se reunir evidência empírica que cumpra os critérios de elegibilidade previamente definidos, com o propósito de utilizar para responder à questão de investigação formulada, obtendo-se dessa forma recomendações efetivas para os profissionais de saúde e para a sua prática diária, baseadas em evidências, atualizadas e de fácil acesso.

Trata-se de um trabalho científico, que foi elaborado com o máximo de rigor possível, e fundamentado, podendo contudo ter lacunas justificáveis por ser iniciante nas lides da investigação, e que, por motivos pessoais, se foi prolongando no tempo, mais do que o esperado.

Para a sua elaboração verificamos a ausência de estudos em português que poderiam refletir de forma mais adequado a nossa realidade, reflectindo dúvidas e anseios dos pais, para os quais só obtivemos um estudo mais direcionado para o momento da alimentação da criança.

De seguida enumeramos as principais recomendações de resposta à questão de investigação elaborada:

“Quais as recomendações de enfermagem mais adequadas para o desenvolvimento da parentalidade positiva, em pais de crianças até aos cinco anos de idade, com vista a lidar com o choro/birras e comportamento no momento da alimentação?”

Principais Recomendações:

1. No geral o apoio dos profissionais pode ser melhorado se se tiver conhecimento sobre as questões que causam mais confusão e *stress* nos pais, podendo estes assuntos, de forma orientada, ser abordadas nas consultas de vigilância. Neste

âmbito e considerando que na actualidade, a internet desempenha um papel importante na vida de muitos pais, principalmente nos de primeira viagem, os profissionais devem procurar usar este tipo de estratégias para ampliar os seus conhecimentos sobre as dúvidas e preocupações que os pais têm sobre a educação dos seus filhos (grau evidência D)

2. O aconselhamento deve ser feito pelo profissional de referência, que se necessário deverá acompanhar os pais através de contacto telefónico e visita domiciliária, para ajuda na gestão da parentalidade e do *stress* que algumas situações acarretam, pela possibilidade de avaliar no ambiente natural as dificuldades com que se deparam as famílias, sobretudo os pais de “primeira viagem” (grau evidência D)

Abordagem do choro:

3. As mães inexperientes precisam de informações sobre o comportamento de choro neonatal para gestão do stress. Devem ser ensinadas como reconhecer e responder a novos sinais dos recém-nascidos, e como lidar com seu próprio esforço. Nos cuidados pós-parto devem ser fornecidas informações às mães iniciantes e formas de aprenderem com modelos experientes (grau evidência D)

4. A etnia e nacionalidade das mães tem forte impacto sobre os métodos usados para acalmar o bebé. Os métodos para acalmar o choro da criança são influenciados por questões e pressões culturais e sociais, existindo consenso de que essa abordagem deve ser culturalmente congruente, ou seja, adaptada à cultura da família. O mais comum nas diversas culturas para acalmar o bebé foi o aleitamento materno, seguindo-se manter e conter/aconchegar a criança. Para algumas culturas (estudo realizado Emirados Árabes Unidos; Outros Muçulmanos Árabes (OAM) Não Outros Muçulmanos Árabes Unidos (NOAM, principalmente Paquistão e Bangladesh); Indianos; Filipinos e outros). uso de contacto pele-com-pele acalma o bebé nas situações de stress e dor, e manter contacto olho-no-olho transmite apego emocional e segurança (grau evidência B). O mesmo estudo referencia um estudo de Pereira & Ramos(1993), onde se conclui que em Portugal 40% dos pais usam a técnica do contacto olho-no-olho com os filhos até estes adormecerem ou aclamarem durante a noite.

Abordagem das Birras:

5. Para que os pais compreendam a sua abordagem deste comportamento torna-se necessário explicar que estas são um dos mais comuns problemas de comportamento em crianças devido às suas limitadas estratégias de ajustamento às situações. Estas fazem parte do seu processo normal de crescimento, desenvolvimento e gestão de emoções, que tendem a desaparecer quando esta ganha mais independência e capacidade de verbalizar o que pretende, cerca dos 5 anos.

6. As principais razões porque ocorrem são para a criança obter o que quer, evitar ou escapar de fazer algo, ou procurar atenção parental. Surgem na maioria das vezes quando a criança está cansada, doente ou frustrada. A melhor forma de lidar com as birras é a sua prevenção, mas uma vez instalada, há várias maneiras de gerir os efeitos (grau evidência A). Objetiva-se a prevenção através de:

- i) Conhecer a criança e perceber a causa;
- ii) É importante que os pais dêem à criança atenção positiva; aqueles que não recebem essa atenção vão tentar obter atenção negativa, que será melhor que nenhuma;
- iii) Manter rotinas, principalmente de refeição e sono, evitando atividades perto desses momentos;
- iv) Evitar situações em que seja necessário o uso repetitivo do “não”; por exemplo colocar fechaduras nos armários, em vez de estar constantemente a dizer “não podes mexer, não podes abrir”.
- v) Ouvir as crianças quando elas manifestam os seus sentimentos e vontades, antes que ela use a birra para obter o que pretende;
- vi) Ajudar a criança a sentir quem tem o controlo na decisão;
- vii) Os pais devem dar o exemplo na gestão de *stress*, pelo que devem evitar discutir ou gritar na frente das crianças;
- viii) Dar atenção positiva;
- ix) Evitar o castigo físico, pois pode prolongar e intensificar o comportamento. A punição física ensina às crianças que o comportamento violento é permitido;
- x) Perante a birra os pais devem manter a calma, distrair a criança ou ignorar o comportamento, em casos extremos e excecionais usar o “time

Out” - um minuto por cada ano da criança, em que ignora o comportamento da criança e deixa –a acalmar

Momento da alimentação

7. Para melhorar o momento da alimentação no futuro, os pais devem reconhecer que a criança aos dois anos deverá ter habilidades de alimentação próximas do adulto, sendo até essa idade o período crítico ou janela de oportunidade de aprendizagem. É importante construir suporte ambiental durante a alimentação e hora da refeição, pois este fornece a base para as necessidades individuais da criança, através da relação pais - criança. Deve assim envolver-se pais e cuidadores e ensiná-los a tornar a comunicação e interação eficientes, isto deve incluir ensinar que devem ser oportunos e responsáveis para as sugestões da criança, partilhar o controlo com a criança e desenvolver uma relação e atenção e reciprocidade assim como rotinas (evidência D).

Para criar essa rotina é necessário:

- Definir um horário de refeições e lanches em casa;
- Permitir a auto-alimentação, promovendo a autonomia e independência;
- Facilitar precocemente a exposição a uma variedade de sabores, texturas, e grupos alimentares;
- Adequar a apresentação e porção de alimentos à idade e nível de habilidade da criança;
- Definição de tempo para as refeições;
- Os pais devem interagir e comunicar com a criança durante a refeição.

Este momento deve ser reconhecido como uma rotina, com uma ambiente em que a criança esteja tranquila, relaxada e possa desenvolver práticas alimentares positivas.

O presente trabalho pretendeu refletir essencialmente sobre o momento de alimentação da criança, o ambiente inerente ao mesmo e não a prática alimentar.

Assim as recomendações e discussão apresentadas anteriormente são sobre o momento e ambiente das refeições, do momento em família e não formas de alimentar ou regras de alimentação ou alimentação saudável.

Estas são as recomendações mais pertinentes recolhidas neste estudo de revisão sistemática, que se pretende que orientem os profissionais e que considerámos importantes

para dar resposta aos pais para a promoção de uma parentalidade positiva perante o choro/birra e em momentos de alimentação.

É nossa convicção que os resultados obtidos com este trabalho constituam uma base para novas questões de investigação e pesquisas, o que em nosso entender, será crucial para a profissão de enfermagem no geral, e particularmente para o enfermeiro especialista da Criança e do Jovem.

É da vontade do investigador a divulgação deste trabalho, podendo constituir um referencial para cuidados de enfermagem baseados na evidência e para os profissionais de saúde da unidade hospitalar onde desempenho funções, sobretudo na preparação para a parentalidade incluída na preparação para o parto e também na consulta de saúde infantil.

Pretende-se ainda com este estudo dar um contributo para a prática baseada na evidência no que diz respeito à problemática investigada.

8. Bibliografia

Amaral, J.M.V.A., (2008). Tratado de Clínica Pediátrica. Lisboa: Abbot Lda..vol.1.

Assembleia da República. (2005). Constituição da República Portuguesa - Lei Constitucional n. 1/2005 de 12 de Agosto. Sétima revisão constitucional. Acedido a 13 de julho de 2013 disponível em <https://dre.pt/util/pdfs/files/crp.pdf>

Barroso, R. G. , Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da Parentalidade. Revista Psychologica, 52(vol. 1), 211- 229.

Black M., Hurley, Kristen M. (2007). Ajudando as crianças a desenvolver hábitos saudáveis de alimentação. Ed. rev. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]. CEDJE, RSC-DJE. Disponível em <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/dossiers-complets/pt-pt/nutricao-infantil.pdf>.

Bugalho, A. , & Carneiro, A.V. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa:CEMBE - centro de estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa. Acedido em a 13 de julho de 2013 disponível em <http://www.cembe.org/avc/pt/docs=NOC%20deAdesaão%20a%20Patologias%20Crónicas%20CEMBE%202004.pdf>

Borsa, J.C., Feil, C.F.(2008). O papel da mulher no contexto familiar: uma breve reflexão. Acedido a 13 de julho de 2014 disponível em www.psicologia.pt/artigos/textos/A0419.pdf

Cardoso, L.P.S.(2011).Parentalidade e problemas de comportamento em crianças do pré-escolar. Dissertação de mestrado. Universidade da Madeira. Acedido a 13 de julho de 2014 disponível em <http://digituma.uma.pt/handle/10400.13/427>

Conceição, F.(2014). Birras e o seu significado. Acedido a 13 de julho de 2014 disponível em <http://www.formacaosaude.com/2014/06/birras-e-o-seu-significado/>

Conselho da Europa (2006) .Construir uma Europa para e com as crianças. Política de apoio à Parentalidade Positiva. Acedido a 20 setembro 2014, disponível em http://igualdadeparental.org/wpcontent/arquivo/PREMS%20171813%20PRT%20plaquePositiveParenting%20A4%20BAT_HD.pdf

Cordeiro, M. (2011²). O grande livro dos medos e das birras (1ª Edição). Lisboa: Esfera dos Livros. ISBN:9789896263393

Cordeiro, M. (2012). O livro da criança: do 1 aos 5 anos (6ª Edição). Lisboa: Esfera dos Livros. ISBN:9789896263638

Cordeiro, M. (2011¹). O grande livro do bebé: o Primeiro ano de vida. (7ª Edição). Lisboa: Esfera dos Livros. ISBN:9789896263317

Costa, M.G.F.A.(2012). Obesidade infantil: práticas alimentares e percepção materna de competências. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro

Costa, J., Barbosa-Ducharne, M. (2012). Parentalidade e conhecimento emocional de criança em idade pré-escolar. Revista Amazónica. ISSN 1983-3415. Faculdade de psicologia e ciências de educação da universidade do porto. Ano 5, vol.VIII, 53-59.

CEDJE, RSC-DJE(2011).Nutrição infantil- síntese. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]. Disponível em <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/syntheses/pt-pt/2251/nutricao-infantil-sintese.pdf>.

Department of Health, Department for Education and Employment and the Home Office

(2000). Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families. London: The Stationery Office. Acedido em:

<https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/Framework%20for%20the%20assessment%20of%20children%20in%20need%20and%20their%20families.pdf>

Direção Geral Da Segurança Social(DGSS).(2013). Protecção social na parentalidade. Maternidade, Paternidade, Adoção – Guia da Paternidade. Acedido em <http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13199/Parentalidade>

Duarte, Sandra (2000). O emprego das mulheres e as estruturas de apoio às crianças. IV congresso Português de Sociologia. Acedido a 20 de outubro 2014 disponível em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e040a7a15a_1.PDF

Gomes-Pedro, João (2004). O que é ser criança? Da genética ao comportamento. *Análise Psicológica*, 1 (XXII): 33-42

Gouveia, Rosa (2009). As birras na criança. *Rev. Port. Clinica Geral*, 25:702-05. Acedido a 20 de outubro 2014 disponível em:

<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10697&path%5B%5D=10433>

Higgins JPT, Green S (ED.) *The Cochrane Collaboration*, 2011. Acedido a WWW.cochrane-handbook.org.

Instituto de psicologia e neuropsicologia do Porto.(2012). *Atas 1.º Congresso Internacional de Parentalidade do Instituto de Psicologia e Neuropsicologia do Porto*. Porto. Acedido a 20 de outubro 2014 em <http://pt.scribd.com/doc/92256475/LIVRO-DE-ATAS-1-%C2%BA-Congresso-Internacional-de-Parentalidade-do-Instituto-de-Psicologia-e-Neuropsicologia-do-Porto>

Internacional Council of Nurses. (2011). *CIPE versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Isbn_978-92-95094-35-2.

Lopes, M. S. O. C., & al.(2010^a). *Estratégias de coping no exercício da parentalidade e a sua relação com os factos sociodemográficos*. Acedido a 20 de outubro 2013 em <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/309>

Lopes, M. S. O. C., & al.(2012). *Exercício da parentalidade positiva pelos pais de crianças até três anos: construção e validação de escalas de medida*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.20 no.4 Ribeirão Preto. Acedido a 20 de outubro 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692012000400020&script=sci_arttext&lng=pt

Lopes, M. S. O. C., & al.(2010^b). *Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. Referencia III Série - n.º 1 - Jul. 2010. p.109-118*

Lopes, M. S. O. C., & al.(2010^c). *Parentalidade nos primeiros três anos da criança: Stress e coping auto relatados pelos pais*. Acedido a 13 de julho de 2013 disponível em <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/310/1/stress%20e%20estrat%C3%A9gias%20de%20coping%20no%20exerc%C3%ADcio%20da%20parentalidade.pdf>

Mesquita, M. M. R. (2011). Parentalidade (s) nas famílias nucleares contemporâneas com crianças em idade pré-escolar: dimensões, desafios, conflitos, satisfação e problemas. Acedido a 2 Março de 2015, disponível em repositorioaberto.reab.pt/handle/10400.2/2015.

Ministério do trabalho e solidariedade social. Decreto – lei nº 105/2008 de 25 de Junho. Acedido a 12 julho 2014 disponível em http://www.cite.gov.pt/Legis_Nac/ArquivoLN/LeisArqLN/DL_105_08.htm.

Ordem dos enfermeiros. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica- volume I. ISBN: 978-989-8444-00-4.

Ordem dos enfermeiros. (2011). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica- volume III ISBN: 978-989-8444-01-1.

Ordem dos enfermeiros. (2007). Recomendações para a elaboração de Guias de Boas práticas de cuidados.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 13 julho 2013, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

Patrício, S. A.F.(2011).Promoção da parentalidade positiva. Acedido a 13 de julho de 2014 disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9582>

Pereira, A.L. & Bachion, M.M.(2006). Atualidades em revisões sistemáticas de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 27(4), 491-498.

Portugal. (2005). Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação* (2 ed. Vol. 12). Lisboa:

Portugal, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa . ISBN: 972-675-121-7.

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 13 de

julho de 2103 disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx>

Portugal, Intervenção do Ministro da Saúde na Conferência “Os Direitos da Criança - Prioridade para quando?” – 20 de outubro. Acedido a 13 de julho de 2013 disponível em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/direitos+crianca.htm>

Portugal, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009). Decreto-Lei n.º 91/2009. Acedido a 20 de outubro 2013 em <http://www.dre.pt>

Queirós, Otilia et al(2003).O outro lado das birras. Alterações de comportamento na 1º infância. Análise psicológica, 1(XXI): 95- 102. Acedido a 12 fevereiro 2015, disponível em www.scielo.oces.mcles.pt/pdf/aps/v21n1/v21n1a12.pdf

Ramos, M. et al (2010). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. Jornal de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria.0021-7557/00/76-Supl.3/S229. Acedido a 13 Março de 2015, Disponível em <http://www.cookie.com.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Desenvolvimento-do-comportamento-alimentar-infantil.pdf>.

Ramsay, M. (2004). Habilidades de alimentação, apetite e comportamento alimentar de bebês e crianças pequenas e seu impacto sobre o crescimento e o desenvolvimento psicológico. Ed. rev. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]. CEDJE, RSC-DJE. Disponível em <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/dossiers-complets/pt-pt/nutricao-infantil.pdf>.

Relvas, A. P. (1996). O ciclo vital da família: perspectiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.

Sampaio RF; Mancini MC(2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev. bras. fisioter. vol.11 no.1 São Carlos Jan./Feb. 2007. Acedido a 1 Dezembro de 14 disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100013.

Silva, A.R.P. (2013). Birras Infantis, Estilos Educativos Parentais e

Comportamentos de Punição. Acedido a 13 de julho de 2014 disponível em <http://hdl.handle.net/10316/23290>

Soares, H.(2011). A criança e os afetos. Acedido a 13 de julho de 2014 disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/ACRIAN%C3%87AEOSAFECTOS.aspx>

Soares, H. (2008). O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem. Porto: Instituto ciências biomédicas Abel Salazar,. Tese de Dissertação de Mestrado.

UNICEF (2004). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Acedido a 13 de julho de 2013 disponível em: https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

UNICEF (2008). A transição dos cuidados na primeira infância: uma tabela classificativa dos serviços de educação e cuidados na primeira infância nos países economicamente desenvolvidos: Report Card nº 8. Florença: Fundo das Nações Unidas para a Infância. ISBN 978-88-89129-82-1 . acedido a 20 de setembro de 2014 Disponível em [WWW:<URL:http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc8_por.pdf>](http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc8_por.pdf).

Vaz, D. et al.(2010).Norma de Orientação clínica para insulino terapia na Diabetes Mellitus tipo 2. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência Faculdade de Medicina de Lisboa. Disponível em www.fm.ul.pt/cembe.