



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Raquel Sofia Oliveira Ferreira

Porto, março de 2023





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

### ***PRACTICUM REPORT***

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Raquel Sofia Oliveira Ferreira

Sob a orientação de Professora Doutora Constança Festas

Porto, março de 2023



## **RESUMO**

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório que integra o curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e pretende ilustrar o meu percurso formativo, as experiências vivenciadas, os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas no decurso do estágio.

Enquanto enfermeira, em processo de formação nesta área de especialidade, contactei com a criança e sua família, em contextos e condições de saúde/doença distintas, no que concerne à Saúde Infantil e Pediátrica, de modo a adquirir e desenvolver, um amplo conjunto de competências que devem caracterizar o enfermeiro especialista, enquanto profissional de referência, pelo seu conhecimento aprofundado neste domínio específico. As competências desenvolvidas, foram organizadas nas quatro grandes áreas de intervenção da Enfermagem, mais concretamente a prestação de cuidados, a gestão, a formação e a investigação, que se interligam e complementam.

Ao longo do estágio, as atividades desenvolvidas nas diversas áreas do campo de ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tiveram especial enfoque a promoção da parceria de cuidados e parentalidade, vigilância e promoção do desenvolvimento infantil, comunicação adequada e eficaz com o binómio criança/família, minimização do impacto da hospitalização, gestão da dor e assistência especializada em situações de especial complexidade, entre outras, alicerçadas numa robusta fundamentação teórica. Foi também refletido o papel do especialista na gestão de cuidados e recursos, na formação pessoal e profissional contínua, e como promotor de processos de investigação para o exercício de uma prática baseada na evidência, na procura pela excelência dos cuidados.

**Palavras-Chave:** *Criança, Família, Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem Especializada, Competências*



## **ABSTRACT**

This report arises within the scope of the discipline Final Internship and Report, which integrates the Master's degree in Nursing with specialization in Paediatric and Childcare Nursing at Universidade Católica Portuguesa and aims to illustrate my training path, the experiences, the knowledge acquired and the skills developed during the traineeship.

As a nurse, in the process of training in this area of expertise, I had contact with children and their families, in different contexts and health/disease conditions, regarding Child and Paediatric Health, in order to acquire and develop a wide range of skills that should characterise the specialist nurse as a reference professional, for their in-depth knowledge in this specific field. The skills developed were organized into the four major areas of Nursing Intervention, more specifically Care Provision, Management, Training and Research, which interconnect and complement each other.

Throughout the partnership, the activities carried out in the different areas of the Paediatric and Childcare Nursing Specialist's field of action were described and analyzed, with special focus on the promotion of the partnership in care and parenting promotion, supervision and promotion of child development, adequate and effective communication with the child/family binomial, minimizing the impact of hospitalization, pain management and specialized assistance in particularly complex situations, among others, based on a robust theoretical foundation. Was also reflected, the specialist's role in the management of care and resources, is continuous personal and professional training, and as a promoter of research for the exercise of a practice-based- evidence, in the search for excellence in care.

**Keywords:** *Child, Family, Child and Pediatric Health, Specialized Nursing, Skills*



## **AGRADECIMENTOS / DEDICATÓRIAS**

Dedico esta etapa da minha vida ao meu pai.

Pelo seu exemplo de força, determinação, ambição, sacrifício e capacidade de concretização que pautaram a sua vida, a qual muito me orgulha e me motiva a querer ser melhor todos os dias.

Dedico todo o meu esforço, toda a minha dedicação e entrega pessoal para a concretização deste grande objetivo de vida, à minha filha Inês.

Que lhe sirva de exemplo, para um dia, ela também ter a força que a mãe teve para conseguir ultrapassar esta etapa com sucesso.

Deixo também os nomes das pessoas mais significativas que contribuíram e me acompanharam neste percurso, e que enumero pela simples ordem alfabética, pois cada uma sabe, a importância que teve para mim.

A.C.G

A.C.R

C.F

C.M

D.G

F.F

I.R

J.R

M.F.F

P.L

R.A

R.S

S.F

S.N

A todos o meu muito obrigada!



*“Os direitos das crianças são inalienáveis.*

*Na sua vulnerabilidade as crianças são um permanente desafio à responsabilidade dos  
enfermeiros.*

*Responsabilidade no cuidado direto e na produção do saber para uma qualidade  
crescente - a que nenhum enfermeiro pode ficar indiferente.”*

*(anónimo)*



## **ABREVIATURAS/SIGLAS/ACRÓNIMOS**

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CCD	Cuidados Centrados no Desenvolvimento
CSIJ	Consulta de Saúde Infantil e Juvenil
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
EEESM	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental
EEESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
ELI	Equipa Local de Intervenção
ESIP	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
MEESIP	Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NIDCAP	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
NSE	Necessidades de Saúde Especiais
OBS	Observação no Serviço de Urgência
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática Baseada na Evidência
PIIP	Plano Individualizado de Intervenção Precoce
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNSV	Programa Nacional para a Saúde da Visão
PNV	Programa Nacional de Vacinação
PSI	Plano de Saúde Individual

RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-termo
RSVI	Rastreio de Saúde Visual Infantil
RT	Responsável de Turno
SE	Saúde Escolar
SIE	Sistemas de Informação em Enfermagem
SNPI	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
SUPP	Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCEN	Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UMAD	Unidade Móvel de Apoio Domiciliário
USF	Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
1. PERCURSO PROFISSIONAL E FORMATIVO: o início do desenvolvimento de competências especializadas.....	23
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL.....	27
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS .....	29
3.1 DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS .....	29
3.2. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS.....	72
3.3. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	82
3.4 DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	87
CONCLUSÃO.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	95
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Caracterização dos contextos do Estágio	
APÊNDICE II - AES "Estimular o desenvolvimento infantil"	
APÊNDICE III - FORMAÇÃO EM SERVIÇO " consulta de saúde infantil"	
APÊNDICE IV - QUESTIONÁRIO de avaliação final do curso "Encontro de Pais"	
APÊNDICE V - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	



## INTRODUÇÃO

As crianças devem ser assistidas por enfermeiros com um profundo conhecimento sobre o seu desenvolvimento e os processos de saúde e doença que as afetam, competentes na prestação de cuidados holísticos, centrados em si e na sua família, ao mesmo tempo que são sensíveis aos seus direitos, necessidades e desejos, numa efetiva parceria de cuidados.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) presta cuidados de nível avançado, com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa, em qualquer contexto assistencial (Ordem dos Enfermeiros, 2017). A criança e sua família compõem o binómio beneficiário dos cuidados do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Para efeitos do presente documento, foi empregue maioritariamente o termo criança, que deve ser entendido como incluindo todas as crianças desde os 0 dias aos 18 anos de idade, sem prejuízo do reconhecimento da especificidade inerente a cada faixa etária, e família como sendo os seus pais, cuidadores e/ou pessoas significativas.

Foi neste contexto global de assistência à criança/família que realizei o Estágio Final, sobre o qual versa este Relatório. O estágio é considerado um aspeto central de todo o processo formativo, que depois é materializado na elaboração de um relatório, com a síntese crítica da organização, estruturação e atividades (Ordem dos Enfermeiros, 2021). O estágio revelou-se assim essencial, para a consolidação dos conteúdos lecionados ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MEESIP) e fundamental para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas e diferenciadas, através da experiência em diferentes unidades da prática clínica, nesta área de especialização.

De acordo com o plano de estudos do curso, esta unidade curricular decorreu no 3º semestre do curso, ao longo de 20 semanas e corresponde a 30 ECTS, perfazendo cerca de 762 horas de trabalho. O Estágio Final foi desenvolvido ao longo de 15 semanas, no período entre o dia 5 de setembro de 2022 e 16 de dezembro de 2022, correspondentes a 372 horas de contacto direto em três contextos clínicos distintos: a nível hospitalar, 189 horas: 93,5 horas em Urgência Pediátrica e 95,5 horas em internamento de Neonatologia; e a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), 183h distribuídas por uma Unidade de Cuidados na

Comunidade (UCC) e pela respetiva Unidade de Saúde Familiar (USF). Foram também efetuadas 20 horas de orientação tutorial e 20 horas de seminário. As restantes horas corresponderam a trabalho e estudo individual, nas quais se inclui a elaboração deste relatório.

O plano de estudos do Curso MEESIP, apresenta os seguintes objetivos gerais:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP);
- Saber aplicar os meus conhecimentos e a minha capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de ESIP;
- Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Demonstrar capacidade para tomar decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às minhas responsabilidades sociais e éticas;
- Ser capaz de comunicar as minhas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências;
- Ser capaz de desenvolver uma aprendizagem de forma autónoma.

Enquadrado na Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, do 15º Curso de Mestrado em ESIP, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, emerge a elaboração deste trabalho. Além de servir como instrumento de avaliação do estágio realizado, contemplará uma análise crítico-reflexiva das aprendizagens e atividades desenvolvidas, para concretizar os objetivos gerais acima mencionados, e os objetivos específicos traçados para cada contexto, de forma a adquirir as competências preconizadas. Esta descrição, será organizada em quatro domínios: prestação de cuidados, formação, gestão e investigação, fundamentada na evidência científica disponível, salientando as experiências, as aprendizagens e os conhecimentos mobilizados neste percurso formativo.

A metodologia utilizada será descritiva e reflexiva, com suporte a conteúdos teóricos e a orientações do plano de estudos. Estruturalmente, é constituído por três capítulos, além da presente introdução, o capítulo que ilustra o meu percurso profissional e como esse percurso me possibilitou atingir previamente algumas das competências especializadas na área da Saúde Infantil e Pediátrica (SIP), permitindo-me dessa forma obter a acreditação ao estágio do 2º semestre do curso - a saúde da criança e família: vigilância e decisão clínica. O segundo capítulo inclui a caracterização dos respetivos contextos de estágio, e o terceiro e maior capítulo, onde são enumerados os objetivos delineados e descritas as atividades realizadas que me permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências referidas, com a respetiva reflexão crítica desse percurso. Finalmente, apresenta-se a conclusão, onde é feita uma apreciação global do estágio e deste relatório, seguida das referências bibliográficas, de acordo com as normas da American Psychological Association, e os respetivos apêndices.



## **1. PERCURSO PROFISSIONAL E FORMATIVO: o início do desenvolvimento de competências especializadas**

O desenvolvimento profissional do enfermeiro, ocorre de forma gradual e contínua, à medida que, vai adquirindo experiência e conhecimento oriundo do empirismo, mas também, da prática clínica diária. Independentemente dos conhecimentos obtidos através da formação, a competência desenvolve-se ao longo da vida profissional, de forma gradativa e temporal, nos contextos de trabalho (Benner, 2001).

Esta construção de competências desenvolve-se a partir do conhecimento em enfermagem e este tem por referência o modelo de Carper (Carper, 1978), o mais aceite e mais discutido na comunidade científica propondo quatro dimensões de conhecimento: empírico, pessoal, estético e ético. Le Boterf (2003) situa a competência em três eixos, formados pela pessoa (biografia, socialização), pela formação/educação e pela experiência profissional. Segundo o autor, a competência é um saber agir profissional responsável, que é reconhecido pelos outros, implica saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num determinado contexto profissional (Le Boterf, 2003). Conclui-se assim, que a prática clínica não é possível apenas a partir do conhecimento empírico.

Embora a experiência profissional me dotasse de algumas competências em determinados domínios, a consolidação de conhecimentos e o equilíbrio entre o saber da prática e o saber científico surgiu, no primeiro ano deste curso, pelos conhecimentos adquiridos na componente teórica, que foram aprofundados e consolidados com a realização do estágio final. Foi sustentada nestas dimensões que consegui **gerir de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada.**

O meu desenvolvimento de competências, foi um crescendo contínuo e iniciou-se durante o meu percurso profissional que contem já vinte e cinco anos na área da pediatria. Estes anos de experiência profissional proporcionaram-me o desenvolvimento prévio de algumas competências que me permitiram a creditação ao Estágio “A criança e família: vigilância e decisão clínica”, do 1ºano deste Curso. De seguida, farei uma breve apresentação do meu percurso profissional, uma contextualização do serviço de Internamento de Pediatria onde exerço funções e a descrição de algumas das atividades por mim desenvolvidas em contexto

profissional, refletindo sobre os conhecimentos e habilidades adquiridas, e que me permitiram desenvolver as respectivas competências.

Após a conclusão do Curso de Bacharelato em Enfermagem (31 de julho de 1997), iniciei de imediato, a minha atividade profissional. No meio do medo, inerente ao início desconhecido, fui “presenteada” com o contexto onde sempre ambicionei trabalhar e que é a minha área de vocação, a Pediatria, no serviço de internamento de um Hospital Central da Cidade do Porto. Entre 2010 e 2012, fui transferida para o serviço de urgência de pediatria do mesmo hospital, e regressei ao internamento em 2012, onde me mantenho a desempenhar funções até ao momento, e que sucintamente passo a descrever.

O Serviço de Pediatria do Departamento da Infância e Adolescência, faz parte de uma instituição com acreditação internacional, cujas modernas instalações foram inauguradas em 2014 e presta cuidados à população da faixa etária pediátrica (idade inferior a 18 anos), A atividade assistencial está organizada em: internamento, consulta externa, hospital de dia e atendimento pediátrico. É um serviço composto por todas as áreas da pediatria médica, altamente especializadas e diferenciadas, organizado em Unidades, tais como: adolescentes, endocrinologia, reumatologia, nefrologia, nutrição, alergologia, neurodesenvolvimento, doenças metabólicas, gastroenterologia, hematologia, infeciologia e imunodeficiências, neurologia, pneumologia, unidade de cuidados paliativos, unidade móvel de apoio domiciliário (UMAD) e Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco.

A minha prestação de cuidados tem sido centrada na criança/família, trabalhando em parceria, em qualquer contexto assistencial, com o objetivo de atingir o mais elevado estado de saúde possível, fomentando a sua autonomia, promovendo as competências da criança e a capacitação e suporte aos pais, no seu papel parental durante a hospitalização. Desde 2015, com a implementação do SClínico®, que a Teoria das Transições se tornou também no modelo teórico que suporta a prática de cuidados, no serviço/hospital, de forma a melhorar e ajudar as famílias nas suas respostas à transição decorrente do processo saúde/doença.

Considero que a base para o sucesso deste processo está no estabelecimento de uma comunicação efetiva, pelo que uso técnicas de comunicação adaptadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança, e a empatia e compreensão pela fragilidade emocional dos pais, desenvolvendo uma comunicação assertiva, com o respeito pela sua individualidade e crenças, promotora de uma relação terapêutica. O acolhimento da criança e família, é uma prioridade fulcral na minimização do impacto da hospitalização e no caminho para um cuidado humanizado, pelo que é uma área da minha prestação de cuidados, à qual dedico

especial atenção e disponibilidade. Desenvolvo a conceção, o planeamento e a implementação de um plano de cuidados individualizado, adequado ao estágio de desenvolvimento da criança, promovendo a otimização da sua saúde, envolvendo os pais ou cuidadores, capacitando-os com conhecimentos e habilidades com vista a atingir a maior autonomia possível no cuidar, preservando o bem-estar e a dinâmica da família. A gestão diferenciada da dor e a prestação de cuidados atraumáticos, são também atividades de especial relevância na minha prática, pelo que utilizo as estratégias possíveis e adequadas à minimização de um provável sofrimento da criança. A assistência à criança com necessidades de saúde especiais e com um nível de exigência de cuidados complexos, é o dia a dia da minha atividade profissional, uma vez que a maioria dos nossos utentes são crianças com doença crónica, visto sermos hospital de referência nas mais diversas especialidades médicas, o que implica sermos detentores de conhecimentos atualizados e especializados para atingirmos uma prática bem sustentada, diferenciada e de referência. O reconhecimento precoce de situações de instabilidade de funções vitais é um imperativo diário, pois a complexidade de doentes e de cuidados que exigem, determinam que haja uma capacidade de observação e interpretação muito otimizada. Esta competência foi muito desenvolvida nos dois anos que integrei a equipa de urgência, com uma sala de OBS de 6 camas, onde ficavam os doentes instáveis, tendo sido um contexto rico em experiências e algumas oportunidades de desenvolver competências na área da reanimação pediátrica. Atualmente, apesar do internamento ter muitas crianças nestas condições de maior instabilidade, o facto de integrar a equipa do atendimento pediátrico, exige-me aprimorar cada vez mais esta capacidade. Outra competência muito desenvolvida, ao longo destes anos, tem sido a promoção do aleitamento materno, pondo em prática os conhecimentos adquiridos no Curso de Conselheiras da ARSNorte, provendo simultaneamente a vinculação do recém-nascido (RN) e a ligação mãe/filho, potenciando um maior conforto e bem-estar ao RN doente e uma mais rápida recuperação. Promovo e contribuo assim, para o sucesso no estabelecimento de uma amamentação eficaz.

De salientar também a minha integração há 3 anos, no grupo de trabalho de gestão para os SIE do hospital, e há mais de 10 anos como interlocutora do serviço. Esta atividade permite-me promover a área da pediatria e da parentalidade procurando extrair indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, ajudar e fomentar o pensamento crítico-reflexivo dos enfermeiros sobre as suas práticas na procura da melhoria contínua da documentação dos cuidados prestados. Consequentemente, promovo a dimensão autónoma da enfermagem, na

demonstração e reconhecimento dos cuidados de enfermagem como determinantes no nível de saúde das populações, dando cada vez mais visibilidade à profissão.

Ao longo dos últimos anos também desenvolvi competências na área de gestão de equipa uma vez que assumo muitas vezes a função de responsável de turno, integração de profissionais ao serviço e orientação de alunos de enfermagem em estágio. A formação em serviço tem sido também uma área de grande desenvolvimento pessoal, nos últimos anos muito orientada para as temáticas da documentação de cuidados, indicadores de enfermagem, parentalidade e papel parental.

Sendo a área da Saúde Infantil e Pediátrica, a minha área de interesse, alicerçada com o meu percurso profissional, o ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem nesta área de especialização, foi uma consequência demorada, mas sempre desejada. O artigo 109 do Código Deontológico dos Enfermeiros, refere que o Enfermeiro tem o dever de “(...) *manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 10). Apesar da minha experiência profissional me dotar de algumas competências na área infantil e pediátrica, estas não foram suficientes para me qualificar como especialista, pelo que a decisão de enveredar neste percurso formativo, por si só constituiu, um importante passo na concretização deste dever profissional, permitindo-me desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, procurando sustentar a minha prática clínica em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Enquanto profissional, sinto cada vez mais falta de ter uma prática baseada nos resultados de investigação mais atualizados, pois só o conhecimento científico permite a tomada de decisões com segurança e qualidade, assim como a sua fundamentação dentro da equipa multidisciplinar. Por outro lado, com o aumento do nível de formação da sociedade, os pais e as famílias estão cada vez mais exigentes e interessados em conhecer o plano de cuidados e a sua fundamentação.

Assim, reconheci a importância que a formação contínua tem para a aquisição e desenvolvimento de mais conhecimentos e competências, em domínios que a prática por si só não consegue, sendo necessário existir uma complementaridade entre o saber da prática e o saber científico. Este foi o caminho que me desafiei percorrer, para atingir um nível de desenvolvimento e aperfeiçoamento pessoal e profissional, que consiga demonstrar conhecimento consolidado nos resultados da ciência contribuindo também para a visibilidade social da profissão.

## **2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL**

Os estágios em Enfermagem revestem-se de grande importância, pois promovem uma consolidação de conhecimentos, desenvolvendo saberes e transpondo competências da teoria para a prática.

O plano de estudos do Curso MEESIP integra, para além da componente teórica, estágios nesta área de especialização, para a aquisição, desenvolvimento de competências e integração de saberes na assistência de enfermagem avançada ao RN/criança/adolescente e suas famílias, especialmente focada na promoção do desenvolvimento e na adaptação aos processos de saúde/doença.

O estágio final, decorreu no período de 05 de setembro a 16 de dezembro de 2022. Os meses de janeiro, fevereiro e março foram destinados à elaboração deste relatório. O estágio decorreu em três contextos assistenciais. O primeiro período do estágio decorreu entre 5 de setembro de 2022 e 28 de setembro de 2022, com o total de 93,5h de contacto presencial, num Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica (SUPP) de um Centro Hospitalar do Norte do País. O segundo período do estágio, decorreu de 29 de setembro a 25 de outubro de 2022, com 95,5h de contacto presencial, no serviço de Neonatologia de um Centro Hospitalar do Norte do País. Por fim, o último e maior período do estágio, de 26 de outubro a 16 de dezembro de 2022, com 183h de contacto presencial, desenvolveu-se no contexto de CSP, em duas unidades funcionais de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do distrito do Porto, nomeadamente numa UCC e USF.

A caracterização dos diferentes serviços encontra-se no apêndice I deste relatório.



### **3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS**

De acordo com Leite (2006), a progressão do enfermeiro de cuidados gerais para enfermeiro especialista, implica a aquisição de competências especializadas num determinado campo de intervenção. Em ESIP, a formação especializada visa a aquisição de competências científicas, técnicas, éticas, culturais e de investigação, publicadas no Regulamento das Competências Específicas do EESIP da Ordem dos Enfermeiros (2018), o qual constitui um referencial para a prática especializada em saúde infantil e pediátrica, e que sustentou os cuidados de enfermagem e as atividades que desenvolvi ao longo do estágio, com as oportunidades de aprendizagem que tive.

A partir dos objetivos gerais propostos pelo plano de estudos, elencados na introdução do presente relatório, descrevi as competências a adquirir, em torno das quatro áreas de atuação dos enfermeiros: domínio da prestação de cuidados, domínio da gestão, domínio da formação e domínio da investigação. De forma a demonstrar que atingi as competências preconizadas para este ciclo de estudos apresento os objetivos específicos que tracei e as atividades que desenvolvi para a concretização dos mesmos, que estão destacadas a negrito, bem como a reflexão crítica inerente.

#### **3.1 DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**

O EESIP presta cuidados de nível avançado à criança, desde o nascimento até os 18 anos de idade, na maximização da sua saúde e em resposta às suas necessidades ao longo do seu ciclo de vida e de desenvolvimento. A sua assistência, deve ser centrada no binómio criança/família, trabalhando em parceria, em qualquer contexto de prestação de cuidados (cuidados de saúde primários, hospitalar, escolar, cuidados continuados), promovendo educação para a saúde e mobilizando recursos de suporte, nas situações de especial complexidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A formação especializada em enfermagem permite o desenvolvimento de conhecimentos e competências fundamentais à prestação de cuidados. Ao longo deste estágio tive o privilégio de poder cuidar de várias crianças e famílias dando-me a oportunidade de desenvolver as várias competências de enfermeiro especialista, que descrevo a seguir.

## COMPETÊNCIA

- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

### Objetivos:

- *Conhecer funcionamento e a dinâmica organizacional das unidades de saúde dos diferentes contextos de assistência;*
- *Compreender a importância do papel que um EEESIP tem nas equipas dos diferentes contextos de assistência;*
- *Demonstrar competências relacionais com a equipa multidisciplinar.*

### Atividades / Reflexão Crítica

A integração no serviço, contempla, a socialização organizacional, em que o individuo integra os conceitos relacionais, formais e informais, as normas e os valores organizacionais (Gomes, et al., 2008). Este processo, visa a adaptação do profissional a um conjunto de práticas, que envolvem não só o conhecimento da estrutura física, orgânica e funcional, mas também ao desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais.

Em cada contexto, comecei por **conhecer as instalações, estrutura física e recursos humanos e materiais**, (descritas no Apêndice I - caracterização dos contextos de estágio). Fui orientada para **consultar as normas e protocolos existentes** dos serviços, os quais me permitiram compreender e aprofundar conhecimentos sobre determinados procedimentos, prestando cuidados de enfermagem de acordo com os mesmos. As normas e protocolos de um serviço garantem aos enfermeiros respostas seguras, e com iguais níveis de qualidade, permitindo uma certa uniformização da prática, baseada na evidência. Os enfermeiros, em especial especialistas, contribuem para a elaboração destes documentos e posteriores revisões e atualizações que acompanhem os avanços e os mais atuais conhecimentos da área em questão. São também essenciais na integração de novos profissionais aos serviços assim como um auxílio aos alunos que passam pelas referidas unidades.

Para que nos sintamos parte de uma equipa e capazes de trabalhar como tal, é essencial **perceber o funcionamento e a dinâmica organizacional das unidades de saúde dos diferentes contextos de assistência**, bem como a **metodologia de trabalho** utilizada. Observei o trabalho da equipa multidisciplinar de modo a integrar-me e poder colaborar o mais rápido e eficientemente possível. Em todos os serviços fui bem acolhida, não só pela enfermeira tutora, como também por toda a equipa multi e interdisciplinar, que mostrou

sempre disponibilidade e interesse face à minha chegada, numa partilha recíproca de conhecimentos. O facto de ter muitos anos de experiência profissional em contexto pediátrico, foi um elemento facilitador na integração na equipa, pois constatei que a minha opinião foi sempre ouvida e valorizada, permitindo-me **participar nas discussões da equipa multidisciplinar e efetuar reflexões críticas sobre os cuidados prestados**. Esta condição, contribuiu para um desempenho muito semelhante ao do meu contexto de trabalho, a nível da autonomia e da confiança nas intervenções, sentindo-me muitas vezes como uma profissional da equipa e não estudante em estágio. **Apresentei um comportamento assertivo, quer para com os profissionais de saúde, quer para com a criança e família**. Estes fatores e experiências permitiram-me desenvolver uma relação profissional adequada com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar e, igualmente, assumir responsabilidade na prestação de cuidados.

No **contexto do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)**, comecei por tentar **perceber a dinâmica e organização do serviço e o circuito da criança** desde a admissão até ao momento da alta ou transferência. Constatei a importância existente na colaboração e confiança entre os membros da equipa multidisciplinar, nomeadamente médico e enfermeiro. No processo de triagem, o EEESIP, apesar de ter um algoritmo de suporte à tomada de decisão, tem o seu juízo profissional e o seu conhecimento especializado, que lhe permite alguma autonomia em direcionar o sistema e poder aumentar ou diminuir a prioridade de atendimento da criança, sempre que se justifica. O médico confia e aceita esta avaliação, assim como, o encaminhamento pelo enfermeiro para a especialidade médica do âmbito do motivo de admissão da criança/jovem, trabalhando em consonância e numa relação de confiança e valorização da decisão do EEESIP. A triagem é considerada uma atividade autónoma dos enfermeiros, ainda que guiada por algoritmos de decisão (College of Emergency Nursing Australasia, 2009). O processo da triagem, requer uma avaliação sistemática e consistente para traduzir uma imagem, o mais real possível da situação clínica do doente. É neste pressuposto que as competências do enfermeiro triador se evidenciam, pois embora deva dar resposta às questões dirigidas pelos discriminadores no fluxograma, os seus conhecimentos e habilidades são fundamentais para a tomada de decisão, na atribuição das prioridades, num curto espaço de tempo. Neste campo de competências, o EEESIP assume uma posição de destaque, uma vez que lhe são reconhecidos conhecimentos, habilidades e perícia, que lhe permitem detetar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, identificando prontamente focos de instabilidade e atuando

preventivamente (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O EEESIP é assim distinguido pela equipa, como um perito para a função complexa que é a triagem, pelo reconhecimento das suas competências especializadas, nomeadamente, linguagem clínica orientada para a identificação de sinais e sintomas; capacidade de escuta orientada para a identificação da queixa principal; capacidade de estabelecer relação empática com a criança/família para reduzir sentimentos de ansiedade, agressividade e impaciência.

Conheci também a articulação entre o SUP e as especialidades médicas não pediátricas que podem ser solicitadas a intervir na observação da criança, nomeadamente ortopedia, ORL e cirurgia geral. O EEESIP, face à situação clínica da criança, tem a autonomia para fazer este encaminhamento e colaborar nos procedimentos junto destas equipas.

Foi possível perceber também a colaboração entre os profissionais nas diferentes áreas de trabalho e **participar ativamente na equipa multidisciplinar**, nomeadamente com os restantes enfermeiros. O facto de estar num contexto muito semelhante ao da minha prática profissional, nomeadamente a área de OBS, permitiu-me sentir segurança e autonomia na prestação de cuidados, pelo que fui proativa na colaboração com toda a equipa, **demonstrando iniciativa e interesse pela aprendizagem. Participei em tomadas de decisão da equipa** sempre que foi possível e oportuno, nomeadamente nas questões identificadas durante a passagem de turno, que por juntar os enfermeiros dos vários setores do SUP, permitiu uma reflexão conjunta sobre dúvidas e problemas que surgiam.

No serviço de **Neonatologia**, à semelhança dos outros contextos, **integrei-me com facilidade na equipa multidisciplinar**, mas foi um esforço maior conhecer os recursos físicos e materiais, assim como as normas e protocolos. O facto de ser um contexto, muito específico, com muitos dispositivos médicos e no qual nunca exerci funções, incutiu em mim, um maior receio em ter um desempenho autónomo nas intervenções. Consegui ultrapassá-lo com mais estudo, mais atenção e apropriação das normas e protocolos.

Neste contexto, a prestação de cuidados foca-se nos cuidados protetores do neurodesenvolvimento, pelo que se respeita o conforto e estabilidade do RN. Para isso, a articulação entre equipa multidisciplinar, é essencial, implicando uma gestão e articulação prévias dos cuidados de enfermagem e médicos de forma a definir quais irão ser efetuados e em que horário. Esta gestão requer uma boa comunicação e relação entre o enfermeiro e o médico de forma a proporcionar um maior bem-estar ao RN Apesar do receio inicial, demonstrei sempre interesse pela aprendizagem, e **acompanhei e colaborei com os vários elementos da equipa** na prestação de cuidados ao recém-nascido pré-termo (RNPT) e RN.

Para conseguir uma melhor e mais rápida integração, foi necessário **compreender e integrar a dinâmica e a metodologia de trabalho dos serviços e equipas.**

Em contexto de CSP, nomeadamente na USF, a prestação de cuidados é organizada pelo método do enfermeiro de família (descrita no capítulo 3.2 na gestão de cuidados), e todos os enfermeiros realizam as consultas de saúde infantil. Constatei que estas consultas eram efetuadas quase simultaneamente pelo médico e enfermeiro, na mesma sala, numa colaboração e complementaridade entre os dois profissionais nas avaliações efetuadas à criança e família. Isto contribuía não só para um maior conforto da criança (menos tempo despida, menos manipulação por exemplo) como evitava também a repetição de alguns procedimentos (avaliação dos reflexos do RN, avaliação antropométrica). Permitia ainda, uma dupla atenção sobre alguma alteração menos evidente e que pudesse passar despercebida a um dos elementos da equipa.

Na UCC a articulação das diferentes equipas de especialização é fulcral para o desenvolvimento dos vários projetos. O projeto em curso requeria a articulação entre o EEESIP, a Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e ainda a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESM). A lista de mães a serem contactadas para participarem nas sessões de massagem infantil e iniciarem o curso de promoção da parentalidade, era referenciada ao EEESIP pelas EEESMO. O agendamento das sessões, o planeamento da apresentação, a gestão do espaço físico da UCC para as sessões presenciais como a massagem infantil feita pelo EEESIP e as relativas à amamentação feitas pela EEESMO, tudo requeria um bom e eficaz trabalho de equipa. Observei ainda, que quando o EEESIP deteta algum potencial problema ou sinal de alarme relacionado com a criança, referencia e pede colaboração ao profissional especializado na área, para avaliação da situação. Como exemplo, **observei algumas referências** à fisioterapeuta da UCC para avaliações de bebés com alterações posturais e desvios cefálicos, detetadas pelo EEESIP nas sessões de massagem infantil.

Na Neonatologia, o método de trabalho implementado é o individual, com atribuição de um ou dois RN por enfermeiro na área de cuidados intensivos, e até quatro RN na área dos cuidados intermédios. Esta metodologia baseia-se na conceção de cuidado global e implica que o enfermeiro preste os cuidados na totalidade a um único cliente ou mais do que um. A responsabilidade dos cuidados prestados ao cliente é do enfermeiro que lhe está atribuído no turno. O enfermeiro é então responsável pela totalidade dos cuidados prestados, assim como, pelo planeamento e avaliação dos mesmos (Parreira, et al., 2021). Apesar do método de ser

o individual, existem muitos procedimentos que são feitos por dois ou três enfermeiros e eu pude integrar e colaborar com esses elementos na dinâmica assistencial (preparação da medicação, preparação dos leites, punções e colheitas de sangue, etc), **demonstrando sempre vontade de aprender e partilhar os conhecimentos.**

Em todos os contextos, foi possível constatar que o enfermeiro especialista, além de estar na prestação de cuidados, é o profissional escolhido para assumir funções e responsabilidades acrescidas, nomeadamente na área da gestão e da formação, que vão ser devidamente explicitadas mais à frente neste relatório nos domínios específicos. A relação multidisciplinar distingue-se em três áreas: na comunicação do conhecimento específico de enfermagem, no reconhecimento da sua posição na equipa e na valorização das suas intervenções de enfermagem. O EEESIP, exerce funções na assessoria aos enfermeiros gestores, na responsabilidade pela dinâmica e funcionamento dos serviços, na coordenação e supervisão da sua equipa, como consultor da equipa, na formação de pares, na integração e orientação dos alunos em estágio, nomeadamente os alunos em estágio da especialidade, entre outras descritas ao longo deste relatório. Estas foram algumas das competências observadas e que me permitiram **refletir sobre a importância do papel do EEESIP nas equipas dos diferentes contextos.**

Para a continuidade dos cuidados e como meio de comunicação entre as equipas multidisciplinares e instituições, foi também importante **conhecer e utilizar os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) nos diferentes contextos.** Os sistemas de informação são uma mais valia na sistematização da informação, permitindo a salvaguarda de dados sensíveis e garantindo a interoperabilidade entre os vários atores do sistema de saúde (Nascimento, Frade, Miguel, Presado, & Cardoso, 2021). No âmbito da enfermagem, foram criados com o pressuposto de documentar a prática profissional e extrair dados que permitissem o cálculo de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e, como consequência, um aumento da visibilidade dos cuidados, da valorização profissional e da monitorização da atividade. A informação relativa aos cuidados de enfermagem é disponibilizada através dos SIE e visa a articulação entre diferentes instituições e serviços, para além de permitirem a documentação dos cuidados prestados, necessária para a continuidade dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

O acesso à informação clínica do utente, a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos, permite homogeneizar as práticas e a informação recolhida, tornando a atuação dos profissionais de

saúde mais eficaz e eficiente, fazendo com que desempenhem melhor o seu papel na equipa multidisciplinar, possibilitando, desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento ao utente (Serviço Nacional de Saúde, 2023). Os SIE são uma área que detem bastantes competências e conhecimentos, pelo que, durante o estágio tive uma postura crítico reflexiva sobre a documentação de cuidados de cada contexto, vendo algumas oportunidades de melhoria e de formação na usabilidade do sistema.

O SClínico® insere-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do Sistema Nacional de Saúde, e prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos de forma a garantir a normalização da informação. Trata-se de um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, e tem crescido para ser uma aplicação única, comum a todos os prestadores de cuidados de saúde e centrada no doente, apresentando dois módulos, o hospitalar e o de cuidados de saúde primários. O SClínico® é o aplicativo informático em uso no estabelecimento hospitalar onde trabalho, e por isso, no contexto de Neonatologia, não tive qualquer dificuldade a este nível, uma vez que é também o sistema em uso.

Nos CSP, apesar de ser usado o SClínico®, o módulo é diferente, não é hospitalar, mas o de cuidados de saúde primários, e isso implicou uma aprendizagem da minha parte, para conseguir compreender a forma de elaborar e registar o processo de enfermagem. Constatei que as diferenças são muitas, que o alvo da documentação pode ser a comunidade e não só o utente, permitindo assim efetuar os registos relativos às sessões de educação para a saúde de uma forma mais ágil e que o sistema já tem incorporado os programas da Direção Geral de Saúde (DGS) para a saúde infantil. Na USF pude observar a utilização da escala de Mary Sheridan parametrizada no Sistema, para a avaliação do desenvolvimento infantil, e observar também, o agendamento autónomo das consultas de enfermagem. Observei ainda, o acesso à nota de alta de enfermagem da criança hospitalizada, essencial para a continuidade de cuidados nos CSP, o acesso à visualização de dados da notícia de nascimento e do e-vacinas para confirmação das que foram administradas a nível hospitalar e poderem calendarizar as subsequentes. Esta aprendizagem, foi uma mais valia também, para **perceber a articulação da informação entre os serviços de saúde, nomeadamente, entre o hospital e a USF.**

A nível do SUP, apesar do SClínico® ser o aplicativo usado no módulo do internamento e contemplar também as crianças internadas em OBS, constatei que os enfermeiros só o usam para o campo da alimentação, efetuando os registos no aplicativo ALERT®, o qual tive que conhecer, para **documentar os cuidados de acordo com o preconizado no serviço.**

O sistema de triagem de Manchester foi uma mais valia na minha aprendizagem, uma vez que pude desenvolver competências no conhecimento dos algoritmos que suportam a tomada de decisão do enfermeiro em relação à atribuição da prioridade de atendimento da criança. Consegui, ao longo do estágio, ser autónoma na documentação das queixas iniciais, o que requer perícia e conhecimento especializado na interpretação da informação dada pelos pais simultaneamente com a observação rápida da criança.

Considero ter atingido esta competência pois, **conheci a dinâmica e organização dos diferentes contextos, integrei e colaborei com a equipa multidisciplinar de forma assertiva, fui proativa e demonstrei interesse pela aprendizagem, promovi um espírito de parceria com os vários elementos da equipa**, conseguindo com isto potenciar a prestação de cuidados de qualidade, nos diversos contextos.

## COMPETÊNCIAS

- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da ESIP;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da ESIP;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

## Objetivos

- *Desenvolver competências que facilitem a parceria de cuidados, nos diferentes contextos de assistência;*
- *Desenvolver competências na promoção do processo de parentalidade.*

## Atividades / Reflexão Crítica

Os cuidados de enfermagem pediátricos têm como foco de atenção a autonomia da criança/família, sustentados na crença de que os pais/família são os primeiros e melhores prestadores de cuidados, e por isso, o estabelecimento de uma relação de parceria dinâmica e flexível, é o modelo teórico subjacente ao exercício profissional do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Assim, Cuidados Centrados na Família e Parceria de Cuidados são conceitos que se complementam e fazem parte da assistência em ESIP.

Este modelo de prestação de cuidados, foi desenvolvido por Anne Casey em 1988, sendo denominado de Modelo de Parceria de Cuidados, e visa fomentar uma parceria entre enfermeiro e prestador de cuidados (pais), promovendo a integração destes últimos nos cuidados à criança e jovem, pelo reconhecimento de que os pais são os seus melhores prestadores de cuidados (Casey, 1993). Esta parceria implica a partilha de conhecimentos, definição de objetivos centrados na pessoa, participação e concordância de todas as partes (Mendes & Martins, 2012). Tem como alicerce, as relações e intervenções que se estabelecem com a unidade familiar, o que vai muito além do atendimento clínico e mecanizado (Casey, 1993), pressupondo a existência de uma profunda relação enfermeiro/família que é facilitada pela metodologia de trabalho individual, com partilha de competências entre a família e o enfermeiro.

De acordo com Casey (1993), o plano de cuidados é combinado mutuamente e é flexível. Os cuidados são planeados em função das capacidades e desejo de envolvimento dos pais, com negociação e partilha de decisões entre estes e os profissionais, ambos se reconhecendo mutuamente como peritos nos cuidados à criança (Monteiro & Cerqueira, 2020). Existem cuidados familiares e cuidados de enfermagem e o enfermeiro é o profissional especializado nos cuidados diferenciados de enfermagem, enquanto os pais são os especialistas no comportamento do seu filho e nos cuidados familiares de suporte às suas necessidades básicas, não estando estabelecidas fronteiras rígidas.

As famílias demonstram um interesse cada vez maior em serem incluídas nos cuidados, o que implica o estabelecimento de vínculos e de parcerias (Melo, Ferreira, Lima, & Mello, 2014). A reciprocidade no cuidado à criança, entre a equipa de saúde e a família, pode favorecer uma melhor identificação das necessidades da criança possibilitando, assim, o planeamento de um cuidado mais integral, holístico e humano (Gomes & Erdmann, 2005). Para os pais, que se podem sentir substituídos pela equipa de saúde, esta parceria permite-lhes manter o papel parental e sentirem-se valorizados, diminuindo sentimentos de culpa ou impotência perante a doença e hospitalização (Monteiro & Cerqueira, 2020). O envolvimento das famílias nas decisões, respeitando as suas necessidades, preferências e valores constitui um importante indicador de qualidade (Joint Commission International, 2017).

Independentemente do contexto da prática, o EEESIP deve negociar com os pais e criança a responsabilidade e participação nos cuidados, de acordo com as necessidades e preferências do binómio (Monteiro & Cerqueira, 2020). Negociar com os pais a

parentalidade, é um processo que requer que estes se sintam parte integrante da equipa, de forma a sentirem-se mais confiantes quanto às suas capacidades de cuidar do filho, envolvendo decisões conjuntas e partilhadas e promovendo o estabelecimento de laços familiares, sendo estes fatores de grande relevância para o ajustamento psicológico e social da própria criança ao longo da hospitalização (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O nascimento de um bebé doente ou prematuro e a necessidade hospitalização, interrompe e atrasa o vínculo e a ligação pais-filho. A separação física do bebé, as mudanças ocorridas no papel parental esperado e a incapacidade dos pais em proteger o bebé, causa sentimentos de tristeza nos pais, ausência, culpa e incapacidade. Segundo Ruiz et al (2018), os profissionais de saúde devem ser aconselhados a criar intervenções de suporte com foco em ambos os pais (mãe e pai) para melhorar a qualidade da ligação na díade pai-filho, em crianças nascidas prematuramente. O enfermeiro facilita o processo de vinculação bebé-pais e promove o desenvolvimento da parentalidade (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020).

Criar uma parceria eficaz entre profissionais e famílias traz benefícios como, um menor tempo de permanência na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), maior satisfação para profissionais e pais, e melhores resultados no neurodesenvolvimento dos bebés. Na unidade de neonatologia, a filosofia da prestação de cuidados baseia-se no envolvimento da família e na parceria de cuidados com os pais, embora estes tenham limite de tempo para permanecerem junto ao seu filho, uma vez que têm que cumprir um horário estipulado de visita, ou seja, das 9h às 22 horas, com interrupções de 1h nas horas de passagem de turno. Esta limitação contraria o que está preconizado na Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, Carta da Criança Hospitalizada, 1988), que pressupõe o direito da criança aos pais ou seus substitutos a permanecerem junto da criança dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou estado. O cuidado promotor do desenvolvimento não pode ocorrer sem a família. Os pais devem ser vistos como membros imprescindíveis da equipa de cuidados e como parceiros no cuidado dos seus bebés, e não como visitantes da UCIN devendo ter acesso permanente ao bebé. Apesar do serviço oferecer uma alternativa de alojamento aos pais, ela implica um distanciamento físico, o que não deveria acontecer. O facto do espaço físico da UCIN e da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) ser em *open space*, também não garante as condições de privacidade devidas, as incubadoras/berços estão muito próximas umas das outras, e muitas vezes, o que se passa com um RN, é apercebido pelos pais dos outros RN da Unidade, pelo que a equipa solicita

a saída de todos os acompanhantes quando é necessário efetuar algum procedimento mais invasivo. Isto acontece com muita frequência e não é fomentador da presença dos pais.

O ambiente altamente tecnológico e diferenciado da UCIN, a condição de instabilidade e vulnerabilidade dos RN e o desconhecimento dos pais, pode pôr em causa, ou pelo menos condicionar esta parceria de cuidados. O EEESIP é responsável por assumir uma posição promotora e facilitadora deste processo de inclusão e parceria de cuidados, tornando os pais progressivamente mais capazes de se envolverem nos cuidados, com vista à sua independência. Os cuidados ao RN são negociados com os pais, de forma a existir, não só uma parceria, mas simultaneamente promover a vinculação e a parentalidade. Inicialmente os pais começam apenas por tocar e fazer contenção, e progressivamente, assim que há estabilidade clínica do bebé, os pais vão participando nos cuidados: trocar a fralda, massajar o abdómen, posicionar, ajudar na alimentação, etc. aumentando gradualmente as capacidades parentais no cuidado ao bebé, rumo à independência. Todos estes cuidados implicam um processo de negociação, para combinar que cuidados querem fazer e em que horário, tendo sempre em conta o estado clínico do RN e a disponibilidade e vontade evidenciadas pelos pais. O turno da tarde e o início da noite, são os horários mais escolhidos para a participação parental, tendo a equipa de enfermagem o respeito e a compreensão das condicionantes dos pais, pois muitas vezes um dos progenitores já está a trabalhar, limitando a sua presença.

Apesar da parentalidade na UCIN se demonstrar um desafio acrescido, desenvolvi competências na **promoção da vinculação e da parentalidade de forma sistemática, procurando conhecer as expectativas dos pais relativamente à prestação de cuidados**, tentando tranquilizar e desmistificar a crença errónea, de que a sua abordagem poderia desestabilizar o RN. Para isso **foi necessário estabelecer uma relação de confiança, para os conseguir envolver nos cuidados a prestar ao RN. Promovi e pratiquei cuidados em parceria, implementando e gerindo um plano de cuidados promotor da parentalidade**, respeitando a filosofia neuroprotetora do RN, garantindo um ambiente terapêutico e seguro para a díade pais-filho. Este contacto pais-filho é fundamental para o aumento da confiança dos pais, segurança, estabilidade emocional e sentimental, e disponibilidade para aprender sobre o crescimento e desenvolvimento infantil.

Na UCC, as sessões de formação para pais, no âmbito da promoção da parentalidade, permitiram promover a parceria de cuidados através da transmissão e da partilha de conhecimentos. A visita domiciliária realizada pela EEESIP quando necessária ou solicitada pelas mães, permite também conhecer a realidade da criança/família, promovendo

o esclarecimento, a aquisição e o reforço das competências parentais nos cuidados à criança, de uma forma mais próxima, constituindo uma parceria de cuidados eficaz.

Nas consultas de desenvolvimento infantil, na USF, **observei e compreendi a relação de proximidade que o enfermeiro tem com a criança e família**, pelo seu acompanhamento ao longo das diferentes fases do seu ciclo de vida. Esta relação de confiança e a filosofia do cuidar centrada na família são dois elementos essenciais para que os pais se envolvam nos cuidados e compreendam o seu importante papel na promoção, manutenção e vigilância da saúde e bem-estar do seu filho.

O serviço de urgência, é um contexto onde a implementação do modelo de parceria de cuidados, está por vezes condicionada. O carácter urgente das situações e das intervenções, faz com que a abordagem seja direcionada para os aspetos mais técnicos, numa atuação rápida e eficaz, comprometendo por vezes, a negociação e a participação dos pais. O tempo de permanência no serviço é na maioria das vezes curto e a passagem da criança pelas diferentes áreas de atendimento, e por diferentes enfermeiros, não permite a criação da relação de confiança necessária para permitir a negociação dos cuidados. No entanto, às crianças/famílias que permaneciam mais tempo, como por exemplo as internadas em OBS, e em que a equipa de enfermagem tinha maior contacto, **concebi um plano de cuidados promotor da parceria de cuidados, incentivando o envolvimento da criança/família na prestação e na tomada de decisões acerca dos cuidados a prestar**. Neste envolvimento tive a preocupação de perceber a dinâmica familiar, respeitar as suas características, procurando gerir a ansiedade/medo, mostrando disponibilidade para explicar todos procedimentos adotados. **Negocie a participação da criança/família** nos cuidados a prestar, de acordo com a sua vontade, reconhecendo os pais como os melhores conhecedores da criança e aqueles em quem a criança mais facilmente confia. Foi sempre **permitida e encorajada a presença e envolvimento dos pais**, quer em procedimentos mais invasivos como a punção venosa ou menos invasivos como a administração de terapêutica oral e inalatória ou avaliação da temperatura axilar, com o intuito de transmitir segurança à criança, sendo a família o elo de ligação da criança com os profissionais.

A parceria entre o enfermeiro e a família é essencial para uma parentalidade mais segura e um desenvolvimento infantil mais saudável (Bento, Ferreira, & Amendoeira, 2020). A parentalidade é uma área de especial relevância para o EEESIP, cujo papel deve ser apoiar o exercício da parentalidade. Os pais são as pessoas que exercem maior influência na existência infantil e a relação que se estabelece entre pais e filhos é o fator mais determinante

para a qualidade de vida da criança. A adaptação à parentalidade tem sido descrita como um importante indicador de desenvolvimento da vida das famílias, exigindo esforços de adaptação às novas tarefas, com que pais e mães se deparam. Conhecer e compreender esta experiência é de fundamental importância para o EEESIP cujo papel deve ser apoiar o exercício da parentalidade.

A parentalidade está definida pela Classificação Internacional para Prática de Enfermagem - CIPE® Versão 2 como a ação de tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O nascimento de um filho e a sua incorporação na unidade familiar é um momento de transição especialmente crítico nas famílias exigindo mudanças no desempenho dos papéis e nas próprias relações familiares (Hockenberry M. , 2014). A transição para a parentalidade é irreversível, tornando-se numa condição permanente e em constante mutação, sendo encarada como “a tarefa mais desafiante e complexa da idade adulta” (Cruz O. , 2013). É uma fase de grande vulnerabilidade e de instabilidade na vida dos casais, e a forma como estes se adaptam, poderá ter repercussões na saúde e no bem-estar do RN, do casal e da restante família. O casal tem de ter a capacidade de assumir novos papéis e novas funções, modificar comportamentos e adquirir novas competências. A transição, enquanto passagem de um estado razoavelmente estável para outro estado razoavelmente estável, desencadeada por uma mudança, é um conceito central para a enfermagem, sendo o papel do enfermeiro atuar como facilitador deste processo (Meleis, 2010).

Durante o estágio, **realizei intervenções para a capacitação dos pais no desempenho do seu papel parental** dando-lhes informação e educação para a saúde de forma a empodera-los e fazendo-os sentir confiantes, tranquilos e os melhores cuidadores dos seus filhos, **facilitando desta forma a transição para a parentalidade**. É função do enfermeiro capacitar os pais para que se tornem autónomos e competentes nos cuidados ao seu filho e saibam vivenciar e ultrapassar qualquer imprevisto que possa acontecer, proporcionando apoio psicológico caso necessitem. O suporte emocional e psicológico pelos enfermeiros pode ser considerado um fator importante para aumentar a autoconfiança dos pais na interação com o RN (Ghadery-Sefat, Abdeyazdan, Badiee, & Zargham-Boroujeni, 2016).

No contexto da Neonatologia, esta transição e adaptação à parentalidade assume características especiais. O facto do bebé, iniciar a sua vida num contexto tão estranho e artificial tem repercussões para os pais, que vivenciam um conjunto de dificuldades, que se refletem na sua autoconfiança e capacidade para assumirem o papel parental (Diaz, Fernandes, & Correia, 2014), uma vez que a “imagem do bebé real é muito diferente da imaginada, dificultando a adaptação à parentalidade” (Fernandes & Silva, 2015). No caso da UCIN, o desempenho do papel parental está ainda mais condicionado, pela condição de fragilidade e instabilidade do RN/RNPT e a presença de dispositivos e conexões, muitas vezes vitais, que levam à insegurança por parte dos pais no desempenho do seu papel, preferindo que seja o enfermeiro a executar a maioria ou a totalidade dos cuidados. Nesta situação, o enfermeiro que está em contacto permanente com o RN e com as famílias, assume a função de principal promotor do papel parental, usando estratégias como a comunicação eficaz, a educação para a saúde e o estabelecimento de uma relação de confiança entre os pais e os profissionais (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020).

É importante familiarizar os pais com o ambiente tão diferente e até assustador da Unidade, sendo para isso fundamental fazer um bom acolhimento no primeiro contacto dos pais com o serviço, no qual, para além da apresentação física e da explicação das regras de funcionamento, é necessário ter atenção à forma como se transmite a informação, adequando o estilo e o conteúdo às características e ao estado emocional dos pais. Tentei atenuar o impacto que o aparato tecnológico tende a causar, dando as devidas explicações, mas sobretudo **mostrando-me disponível para as suas dúvidas e inquietações**. Esta disponibilidade permitiu que se sentissem cada vez mais familiarizados com o ambiente, com a equipa e com o seu bebé e suas particularidades, o que lhes aumentou a confiança para o desempenho do seu papel parental. Durante a prestação de cuidados, **identifiquei alguns momentos privilegiados para a promoção da parentalidade, incentivando a participação dos pais nos cuidados e ensinando, instruindo e treinando os pais em vários cuidados ao bebé**: na higiene, na alimentação, com ênfase na importância do aleitamento materno, mesmo que de quantidades mínimas, como o alimento de excelência, e na mudança da fralda e posicionamento do bebé, com ênfase no toque para a promoção do conforto do RN. Na UCEN, a promoção destas competências parentais tem como objetivo a autonomia nos cuidados necessária para a alta hospitalar, pelo que os pais estão mais envolvidos e mais presentes para participarem. A parceria de cuidados permite que os pais

adquiram conhecimentos e capacidades que garantam a continuidade de cuidados em casa (Mendes & Martins, 2011).

Após a alta hospitalar, a Unidade de Neonatologia dispõe do recurso à UMAD, em que uma equipa multidisciplinar, incluindo o EEESIP, presta apoio à criança e família, nos casos em que seja necessário, uma vigilância após alta ou assistência diferenciada, seja por necessidade desenvolvimental, condição especial da criança, otimização dos cuidados parentais ou mesmo casos de risco social. Este tipo de visitas é uma oportunidade para o enfermeiro verificar as condições em que se encontra o RN, perceber a forma como os pais desempenham os cuidados, permitindo o reforço dos ensinamentos no domicílio e possibilitando aos pais esclarecerem as suas dúvidas e expressarem as suas inseguranças. Tive a oportunidade de **acompanhar o EEESIP nestas visitas domiciliárias, colaborando na avaliação do processo de aquisição de competências parentais**, onde pudemos avaliar o peso do RN e verificar a progressão ponderal, o tipo de alimentação esclarecendo dúvidas tanto relacionadas com a amamentação como com a preparação do leite de fórmula no biberão, o padrão intestinal e a atuação nas cólicas, agendamento de consultas de saúde infantil e continuação do esquema vacinal. A realização de pelo menos uma visita domiciliária ao RN nos primeiros quinze dias de vida resulta em mais um momento para esclarecer dúvidas, detetar possíveis complicações e ainda capacitar a família para a adaptação a esta nova fase no seu contexto familiar e social (Pereira, 2012). Constatei que estas visitas assumem uma importância muito significativa para os pais, para além de serem excelentes momentos de promoção da parentalidade e de ajuda na sua transição.

Nos CSP, mais precisamente na UCC, a promoção da parentalidade está evidente no projeto que é desenvolvido neste âmbito, “Saber Amar”, que funciona desde 2016, e que contempla dois cursos de educação parental, onde o EEESIP é responsável: o curso de massagem infantil e apoio à parentalidade e curso encontro de pais. O curso de apoio à parentalidade abrange cinco sessões pós-natal de educação para a saúde, via online devido ainda à circunstância da pandemia, e cinco sessões presenciais de massagem infantil. **Assisti e colaborei nas sessões** de massagem infantil, e sessões de educação para a saúde para pais, sobre os temas: “amamentar e aleitar”, “garantir a segurança”, “lidar com sinais comuns e sinais de alerta”, “promover a saúde” e “diversificação alimentar” onde **promovi a capacitação e o aumento do conhecimento dos pais no desempenho do seu papel parental**, incentivando a expressão e consciencialização das necessidades, capacidades e dificuldades nos cuidados ao seu filho. As sessões presenciais de massagem infantil, foram

momentos privilegiados para esclarecer muitas dúvidas dos pais relacionadas com o sono do bebé, as cólicas e a amamentação. Por serem sessões presenciais, pudemos observar a postura/posição dos bebés, a presença ou não de estrabismo e questões relacionadas com a segurança infantil, nomeadamente a forma como transportavam os bebés nos carrinhos e nas babycoques e ainda a interação que os bebés tinham com os pais. O Curso “Encontro de Pais” é composto por três sessões de educação para a saúde, com os temas “Emoções”, “Estimular o desenvolvimento infantil” e “Rotinas”, das quais tive a oportunidade de **realizar uma sessão de educação de educação para a saúde** sobre como estimular o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, nomeadamente através das estratégias lúdicas como o brincar, a leitura, a dança e a música. Nestas sessões, a partilha de experiências, sentimentos e dificuldades entre o grupo de pais, permitiu-me o **desenvolvimento de competências a nível da promoção do desempenho parental, através da transmissão de informação para aumentar o conhecimento parental** usando estratégias de comunicação empáticas, assertivas e eficazes, dando sempre ênfase à interatividade do grupo.

As consultas de saúde infantil e juvenil (CSIJ), são também momentos chave para a promoção da parentalidade, constituindo inclusive um dos objetivos definidos pela DGS (2013). Sendo o EEESIP também enfermeiro de família, este encontra-se em condição privilegiada para ter já estabelecida uma relação de proximidade e confiança com as famílias, conhecendo também o contexto específico da mesma. As consultas permitem, para além da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, dar informação antecipatória às famílias, de acordo com a etapa em que a criança está e o que esperar na fase seguinte, com transmissão de estratégias e conhecimentos potenciadores para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil da criança.

Em síntese, ao longo do estágio e transversal a todos os contextos, **procurei estabelecer uma parceria de cuidados, negociando a participação da criança/ família em todo o processo**, dentro dos limites das suas capacidades, disponibilidade e vontade, respeitando também, sempre que aplicável, o desejo da criança. Esclareci os papéis/responsabilidades que os pais poderiam assumir e valorizei os seus conhecimentos sobre o seu filho, de forma a responder o melhor possível, às necessidades específicas da criança. Procurei **capacitar e promover a autonomia do binómio alvo dos cuidados, ensinando, instruindo e treinando de modo individualizado as crianças e famílias**, desenvolvendo competências para a sua gestão dos processos de saúde/doença, com vista à sua autonomia.

## **Objetivo:**

- *Desenvolver competências de vigilância de saúde e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.*

## **Atividades / Reflexão Crítica**

O crescimento e desenvolvimento de cada criança, começa desde o seu nascimento a ser acompanhado em consultas de vigilância de saúde infantil, nos cuidados de saúde primários, estando preconizados pela DGS no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) 2013, com o objetivo de promover e otimizar a saúde da criança e de orientar e, facultar aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental (Chora, 2020).

Uma das áreas da intervenção do EEESIP é a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, com cuidados antecipatórios para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, a gestão do bem-estar da criança, a deteção precoce e encaminhamento (quando necessário) de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O EEESIP deve ser um agente promotor de informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (Ordem dos Enfermeiros, 2017). De forma a promover estes cuidados antecipatórios, existem programas e planos nacionais que orientam os profissionais de saúde para a sua aplicabilidade. Neste âmbito, estão integradas as **consultas de vigilância de saúde infantil, o programa de vacinação e o rastreio visual de saúde, às quais pode assistir e participar** no contexto da USF. Como futura enfermeira EEESIP é essencial conhecer os programas existentes para promover a saúde da população infantil e juvenil.

As CSIJ foram momentos privilegiados para a observação e avaliação, não só no que diz respeito ao desenvolvimento infantil, mas também a toda a dinâmica familiar. Nas consultas, é feito o acompanhamento contínuo da criança/jovem e família, tal como preconizado no PNSIJ (Direção-Geral da Saúde, 2013) PNSIJ, promovendo a maximização da saúde, a prática de hábitos saudáveis, nomeadamente a nível do cumprimento do plano nacional de vacinação, higiene oral, exercício físico e alimentação saudável. As CSIJ estão calendarizadas em função de acontecimentos importantes na vida da criança, devendo ser realizadas nas idades definidas pela DGS, mas o esquema das consultas não é rígido, é gerido com base nas necessidades da criança/família, podendo introduzir-se ou eliminar-se alguma

consulta de acordo com a necessidade particular de cada criança em determinado momento e ainda recorrer aos chamados exames de saúde oportunistas, ou seja, aproveitar a ida da criança à consulta por outro motivo para realizar a consulta que estaria agendada para pouco tempo antes ou depois (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Assisti e **participei nas consultas de enfermagem de saúde infantil, onde pude desenvolver e aprofundar conhecimentos na avaliação do crescimento e desenvolvimento psicomotor da criança, fornecendo simultaneamente informação orientadora de cuidados antecipatórios à família**, utilizando para isso, os instrumentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adotados pela DGS, no PNSIJ, como a escala de Mary Sheridan, a avaliação dos cuidados antecipatórios e das curvas de crescimento. Estas avaliações permitem detetar precocemente desvios patológicos no desenvolvimento e crescimento infantil. O cuidar em parceria implica otimizar e apoiar o papel parental empoderando as famílias, espera-se assim, que em cada consulta, os pais se sintam cada vez mais conhecedores do seu filho e responsáveis pelo seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Nas consultas com adolescentes foi reforçada a importância da adoção de comportamentos potenciadores da saúde e hábitos de vida saudáveis, salientando uma imagem corporal positiva, uma boa higiene do sono, da saúde oral, a adesão à alimentação saudável, à importância da socialização e da prática de exercício físico. É competência do EEESIP promover a autoestima e autodeterminação do adolescente nas escolhas relativas à saúde, negociando o contrato de saúde e reforçando a tomada de decisão responsável (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Nas consultas de vigilância de SIJ é também verificado se o Plano Nacional de Vacinação (PNV) se encontra atualizado através do boletim de vacinas eletrónico, o Evacinas®. A vacinação, de acordo com o PNV, é uma atividade que está na maioria das vezes, associada às CSIJ, no intuito de se aproveitar a ida da criança à instituição de saúde. Tive oportunidade de **participar no processo de vacinação (BCG) e ensinar os pais sobre os cuidados pós-vacinais, esclarecendo sobre os possíveis efeitos secundários e forma de atuação. Sensibilizei os pais para a importância do cumprimento do esquema vacinal, mostrando disponibilidade para esclarecer as dúvidas e receios manifestados.**

Diagnosticar precocemente situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem é outra competência específica do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018), nas quais se inserem, as perturbações da visão. As patologias visuais

congénitas não diagnosticadas e tratadas precocemente podem ter repercussões graves no crescimento e desenvolvimento infantil, diminuindo a qualidade de vida da criança e impactando o seu futuro, com efeitos negativos a nível pessoal, familiar e profissional, com elevados custos sociais (Direção-Geral da Saúde, 2020). O Rastreio de Saúde Visual Infantil (RSVI), integrado no PNSIJ e no Programa Nacional para a Saúde da Visão (PNSV), insere-se neste propósito, pois contribui para a redução da proporção de problemas de saúde visual não diagnosticados nas crianças e jovens - um dos objetivos do PNSV. O RSVI, tem por objetivo identificar todas as crianças, entre os 2 e os 5 anos de idade, com alterações oftalmológicas, tais como catarata congénita, tumores, ambliopia, hipermetropia, miopia, astigmatismo, entre outros. As imagens de cada exame são obtidas de forma automática pelo equipamento e introduzidas numa plataforma digital para posteriormente serem analisados e validados por um médico oftalmologista do Serviço de Oftalmologia do centro hospitalar que faz parte do projeto. As crianças com rastreio positivo são referenciadas a um serviço de Oftalmologia, devendo ser observadas no prazo máximo de 60 dias, para tratamento ou vigilância. Durante o estágio **pude participar na aplicação do RSVI e compreender a sua dinâmica de implementação**. O rastreio é efetuado semestralmente na UCC, às crianças que completam 2 ou 4 anos de idade no semestre; são critério de exclusão as crianças já acompanhadas em consulta de oftalmologia e as que vivem fora do País. Estas crianças são convocadas por carta e SMS, e ainda confirmadas via telefone, no qual ajudei a EEESIP a fazer alguns destes contactos. Durante o rastreio, **desenvolvi competências na manipulação do refratómetro portátil, expliquei o procedimento aos pais/acompanhantes**, nomeadamente no que consiste, o que esperar e o que fazer após o exame. Com as crianças, desenvolvi uma relação empática, com muita interação o que me permitiu conseguir a sua colaboração, para a realização correta do procedimento. O RSVI é realizado exclusivamente pelas EEESIP, que têm um papel fundamental, não só na realização do exame de foto-rastreio, mas também na promoção da saúde e do bem-estar das crianças e famílias. Este momento de proximidade com o profissional de saúde, é muitas vezes aproveitado pelos pais para o esclarecimento de dúvidas ou problemas relativos à criança. Um dos casos a que assisti, foi a de uma mãe de uma criança de 2 anos, que expôs as dificuldades que estão a ter em relação ao sono e sobre o facto da criança ainda dormir no quarto dos pais e o desacordo que existe entre os pais, pois a mãe é da opinião que a criança durma sozinha no seu quarto e o pai fomenta a opinião da criança dormir no quarto e na cama com os pais. Também foram expostas dúvidas quanto ao desfralde e às birras. A

EEESIP sugeriu algumas estratégias de ação e mostrou disponibilidade para agendar uma consulta mais estruturada para acompanhar esta família.

A hospitalização do RNPT ou do RN com necessidades/cuidados especiais, provoca nos pais momentos de grande angústia, medo, incerteza, preocupação e impotência, sendo de extrema importância trabalhar com estes pais a promoção da vinculação. O processo de vinculação é essencial para o desenvolvimento saudável e bem-estar emocional do RN/RNPT, cabendo ao enfermeiro implementar medidas que o promovam. O método canguru é um dos métodos utilizados com esta finalidade e aquele que considero mais preponderante na promoção da vinculação e na assunção do papel parental. Este método, também conhecido como contacto pele a pele, consiste na colocação do RN em contacto com a pele da mãe em posição vertical, na região torácica, entre os seios. O método surgiu em Bogotá, em 1979, pelos neonatologistas Rey e Martines, numa altura em que devido à falta de incubadoras nos berçários, as mães dos bebés prematuros foram convidadas a permanecer na UCIN e a manterem os seus filhos junto do corpo 24h por dia, para que assim fornecessem o calor necessário à manutenção da temperatura corporal dos bebés. Além de contribuir para a redução de taxas de infeção, os médicos observaram que estes prematuros ganhavam peso mais rápido e apresentavam menos problemas, como apneias e bradicardias. Esta descoberta motivou a deslocação de vários investigadores até à Colômbia para atestar a validade da intervenção que atualmente é divulgada e recomendada pela OMS. Estão documentados benefícios do método canguru tanto para o RN como para os pais, quer a curto quer a médio-longo prazo. Entre os benefícios para os pais, está a melhoria do vínculo afetivo e do apego, o aumento da sensação de controle e da competência em prestar cuidados com a elevação da autoestima, as visitas ao bebé são mais frequentes o que estreita o vínculo familiar; afeta positivamente o comportamento e a mudança de humor da mãe com menor incidência de depressão, aumenta a produção de leite e o sucesso no aleitamento de entre outros (Tamez, 2017). Foram escassos os momentos de implementação deste método na UCIN, pela dificuldade em encontrar o momento certo para o RN, pais, equipa de saúde e cuidados planeados, e também para os outros pais e bebés da sala. O enfermeiro planeava muitas vezes esta intervenção com os pais no início do turno, mas estava sempre condicionada pelos acontecimentos imprevistos que muitas vezes impediam a sua realização. Na UCEN, a implementação deste método era mais frequente devido à maior estabilidade hemodinâmica do RN que permitia a implementação do método no tempo

preconizado - deve durar o máximo de tempo possível, não devendo este ser inferior a 1 hora.

Também neste contexto de Neonatologia, os cuidados prestados têm como base práticas promotoras do desenvolvimento infantil, de forma a que as experiências adversas vividas, tenham o menor impacto possível no desenvolvimento da criança, uma vez que as UCIN são caracterizadas por um ambiente altamente stressante caracterizado por um ambiente físico e humano de grande instabilidade, sem regularidade temporal, com grande variabilidade dos cuidadores, ruídos e estimulação visual excessiva de alta complexidade (MacDonald & Seshia, 2018). Dado que os RN/RNPT, por vezes passam um grande período de tempo internados nestas condições de desenvolvimento crítico, é importantíssima a promoção do desenvolvimento destas crianças, a otimização do ambiente e a adoção de práticas que melhorem o resultado neurocomportamental (Santos, Pearce, & Stroustrup, 2015). Desta forma, implementei intervenções protetoras do neurodesenvolvimento dos RN/RNPT, **fomentando de forma sistemática a vinculação**, com a **inclusão dos pais nos cuidados e as interações entre pais e bebé**, respeitando o ciclo do sono e fazendo a **avaliação e controlo da dor** nos cuidados diários ao RN.

Em todos os contextos de estágio, aproveitei todas as oportunidades para trabalhar com a criança/família potenciando a adoção de comportamentos promotores de saúde e bem-estar, tendo conseguido **desenvolver competências no âmbito da avaliação e otimização do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil**.

#### **Objetivo:**

- *Desenvolver competências no âmbito da promoção e educação para a saúde em meio escolar.*

#### **Atividades / Reflexão Crítica**

O conceito de Saúde Escolar (SE) liga-se intrinsecamente ao conceito de Promoção da Saúde. A Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar, tem como objetivo, que as crianças desenvolvam competências em construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas conscientes e individuais de forma responsável, num processo contínuo, em que a escola seja um ambiente facilitador de escolhas saudáveis.

O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) tem como finalidade contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos com

o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens (Direção-Geral da Saúde, 2015). No contexto da UCC, esta é uma das áreas onde o EEESIP assume especial relevância, nomeadamente, em implementar estratégias para reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos com necessidades de saúde especiais (NSE). As NSE no âmbito da saúde escolar, são “(...) as que resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam, irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 43).

No âmbito da aplicação do PNSE, considero que teria sido importante ter realizado e participado em mais ações de saúde sobre temáticas consideradas necessárias pela escola, ter participado nas reuniões de elaboração de Plano de Saúde Individual (PSI) e ter participado nas reuniões entre a equipa de saúde escolar e a escola no âmbito de crianças com NSE. Estas atividades permitiriam o desenvolvimento das competências do EEESIP que “implementa e gere em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, avaliando a estrutura e o contexto familiar, intervindo em programas no âmbito da saúde escolar e apoiando a inclusão de crianças com necessidades de saúde especiais (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193). Em reflexão com a EEESIP, membro da equipa de SE, **constatei que elaboração conjunta do PSI com os pais, requer uma relação de parceria, com base num processo de negociação** e partilha, com vista a um objetivo comum que é a proteção e inclusão da criança no ambiente escolar. Apesar dos pais, serem quem melhor conhece a necessidade de saúde especial do filho, e a forma como lidar com ela, os enfermeiros detêm o conhecimento científico necessário e as estratégias, para facilitar o processo inclusão da criança.

Em relação à saúde escolar, o EEESIP faz parte da equipa multidisciplinar que apoia a promoção da saúde, tanto individual e coletiva, em contexto escolar, do ambiente escolar e estilos de vida saudáveis e da inclusão da criança na escola. Apesar de não ter tido oportunidade de realizar esta atividade com a EEESIP, pude acompanhar a enfermeira especialista em saúde mental da UCC, que fazia parte da equipa multidisciplinar da saúde escolar, numa visita a um colégio privado, para uma sessão de educação para a saúde sobre “violência no namoro” e “métodos contraceptivos”, a quatro turmas de adolescentes (11º ano). Constatei a proximidade e a receptividade que a enfermeira desenvolveu com os adolescentes, não sendo visto como uma estranha, mas sim como um elemento reconhecido e requerido,

tanto pela escola como pelos alunos, o que facilitou a interação e a participação de todos na colocação de dúvidas, ou apenas na expressão de opiniões e sentimentos sobre a temática apresentada. No final da sessão, foi unânime em todas as turmas o pedido para a enfermeira voltar com mais sessões e foi-lhes pedido sugestão de temas que gostassem de aprofundar. Posteriormente pude refletir em conjunto com a EEESM sobre a importância destas intervenções, pois cada vez mais existem relações violentas, relações sexuais cada vez mais precoces e desprotegidas, o uso da pílula do dia seguinte como método contraceptivo, gravidez na adolescência, assim como o novo conceito: poliamor, ou seja, relação com vários parceiros. A relação estabelecida entre a escola e a equipa de SE é uma relação de parceria em que ambos colaboram com o intuito de alcançar os objetivos definidos pelo PNSE, nomeadamente a promoção de estilos de vida saudável e elevação dos níveis de literacia em saúde, a melhoria da qualidade do ambiente escolar, a promoção da saúde, prevenção da doença e redução do impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar alunos (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Assisti também a uma sessão de formação sobre diabetes mellitus tipo1, via online, entre a EEESIP e algum pessoal docente e não docente de uma escola, a propósito de uma criança com esse diagnóstico inaugural. A referenciação à Equipa de Saúde Escolar partiu do Colégio e do diretor de turma, pela preocupação em quererem saber atuar e vigiar a criança durante o seu desempenho escolar na monitorização da glicemia capilar, administração de insulina, planeamento das refeições, sintomas e atuação em caso de hipoglicemia ou de hiperglicemia, na prática de exercício físico e nível de autonomia da criança na gestão da doença. A função da equipa de saúde escolar é mobilizar os recursos de saúde disponíveis, para apoiar a inclusão escolar da criança e capacitar os elementos da escola no seu acompanhamento.

Apesar do objetivo da saúde escolar não ter sido efetivo, pude perceber a importância da existência de uma parceria e uma articulação eficiente, entre a equipa da saúde escolar e as escolas, local onde as crianças passam grande parte do seu dia. É fundamental a realização de ações de formação aos profissionais docentes e não docentes, de forma a capacitar e consciencializar para a necessidade da promoção da saúde e de implementar hábitos e estilos de vida saudáveis, de forma a melhorar as condições de saúde das crianças. assim como promover a inclusão das crianças com NSE na vida escolar e na sua socialização.

## COMPETÊNCIA

- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

### Objetivos

- *Aprofundar competências comunicacionais e relacionais com a criança/jovem e sua família de acordo com a sua fase do desenvolvimento e características pessoais;*
- *Desenvolver competências no estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança/jovem e família nos diferentes contextos de estágio.*

### Atividades / Reflexão Crítica

A comunicação é um processo intrínseco do ser humano, é através dela que as pessoas desenvolvem a interação entre si e o ambiente em que se encontram (Paes & Maftum, 2013). A comunicação está inerente à enfermagem como um todo e formalizada como instrumento básico da profissão. As competências relacionais são aptidões obrigatórias, exigidas a um enfermeiro e devem ser sempre aperfeiçoadas.

Na área da pediatria, a comunicação é fundamental e indissociável dos cuidados prestados à criança (Martinez, Tocantis, & Souza, 2013). É um fator crucial para o sucesso dos cuidados e para a sua aceitação, por parte dos pais/ cuidadores e da própria criança. É através de uma comunicação eficaz que se consegue construir um bom relacionamento, compreender necessidades e manter a continuidade dos cuidados, de forma a recuperar e/ou promover a saúde da criança/jovem e família (Desai & Pandya, 2013). Os enfermeiros desenvolvem a comunicação como um instrumento terapêutico, na relação de parceria e de ajuda com a criança/família, sendo o binómio gestão das emoções/gestão da informação, transversal no cuidado humano (Santos, Martinez, Azevedo, Carmo, & Dias, 2021).

Ao longo do estágio, procurei **estabelecer uma comunicação eficaz com a criança/família**, utilizando uma **linguagem clara e adequada** ao seu nível de compreensão, **demonstrando compreensão, sensibilidade e respeito pelas suas características, crenças e cultura**. As crianças têm diferentes formas de comunicar que variam consoante o seu estágio de desenvolvimento. Compreender as características dos processos de pensamento e tipos de linguagem, decorrentes desse desenvolvimento, é fundamental para se conseguir estabelecer uma comunicação eficaz (Hockenberry & Wilson, 2014).

No contacto com todas as crianças, **identifiquei as diversas formas de comunicar da criança e adequei a comunicação ao seu estágio de desenvolvimento.** Independentemente da idade da criança, sempre que esta tinha capacidade de entendimento, solicitei a sua autorização para os procedimentos e usei uma comunicação empática procurando transmitir afeto, segurança e tranquilidade fortalecendo assim minha relação com a criança. A comunicação do RN e lactente advém da comunicação não verbal e através do choro, sendo esta a forma mais precoce de comunicar. Para esta faixa etária adotei um tom de voz calmo e afável, para transmitir conforto e segurança. Nos lactentes, o desenvolvimento cerebral e da linguagem começa a evoluir para elementos da comunicação verbal, caracterizados por idiosincrasias, que são essencialmente reconhecidas pelos pais e pessoas significativas, pelo que a sua presença deve ser permitida na comunicação com o lactente. Na idade pré-escolar o pensamento é egocêntrico, pelo que a comunicação deve ser centralizada nelas mesmas. Não têm capacidade de trabalhar com conceitos abstratos, pelo que lhes deve ser permitido tocar e experimentar para que compreendam. Mostrei os materiais e os equipamentos, deixei-os tocar e testar num boneco ou nos pais, como por exemplo colocar o braçal de avaliação da tensão arterial e carregar no botão de início de insuflação e dei explicações simples sobre os procedimentos. Em idade escolar as crianças procuram explicações e razões para tudo. Uma das formas de amenizar este sofrimento é ajudá-las a perceber o que está a acontecer, a verbalizar o que estão a sentir, e a compreender os procedimentos a serem realizados, pelo que expliquei o que ia acontecer, porque ia acontecer e como ia acontecer. Incentivei a sua participação no procedimento e facultei uma explicação causa-efeito: ao colocar anestésico em spray na pele na punção venosa, expliquei que o frio iria diminuir a dor da picada. Nesta idade há uma particular sensibilidade a qualquer coisa que constitua ameaça de lesão corporal, a qual se estende também aos seus objetos pessoais, pelo que se tornam muito sensíveis perante qualquer sugestão de dor. Ouvei as preocupações da criança e ajudei a encontrar atividades que diminuam a ansiedade, como por exemplo, deixei a criança ver o seu desenho animado preferido no telemóvel enquanto estava a ser puncionada e fomentei a presença do seu objeto de estima junto a si. O uso do brinquedo terapêutico, atua como libertador da criatividade e distração, reduzindo os medos, tensões e ansiedade das crianças (Berté, et al., 2017). Usei, canetas com artefactos capazes de captar a atenção da criança e, com a devida distância da criança, bolas de sabão. Os adolescentes constituem um desafio acrescido, pois têm mudanças bruscas no comportamento, com muitas flutuações na comunicação e reação aos acontecimentos e aos procedimentos, que podem variar entre a cooperação, hostilidade e raiva. Os adolescentes precisam ter a certeza absoluta de que o

que é dito é confidencial e eventualmente ter necessidade de falar na ausência dos pais (Hockenberry & Wilson, 2014). Respeitei o espaço do adolescente, mostrei disponibilidade para o ouvir. Fomentei, sempre que possível, a sua opinião e a expressão de sentimentos, preocupações e dúvidas, assegurando a privacidade e o sigilo, como é defendido no Guia de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2010). Uma das estratégias mais úteis que usei, foi a utilização do humor na comunicação com esta faixa etária tão complexa.

Reconhece-se que, a comunicação em pediatria se estabelece preferencialmente entre o profissional e os pais/acompanhante, em função da criança/adolescente, mas nem sempre com a participação desta, deixando-a em segundo plano (Armelin, Wallau, Sarti, & Pereira, 2018). O envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas é diretamente influenciado pelo estilo de comunicação com os profissionais de saúde. Na prestação de cuidados humanizados, é de extrema importância demonstrar capacidade de escuta e empatia para a construção de uma relação de ajuda e de confiança entre a tríade enfermeiro, criança e família. **Estabeleci uma relação terapêutica com a criança/família demonstrando interesse e disponibilidade para ouvir e para responder às dúvidas e inquietações dos pais. Furneci e partilhei informação pertinente** acerca dos cuidados prestados à criança e sobre o seu estado clínico, não me limitando só em responder às questões dos pais, mas **encorajando a expressão de sentimentos, pensamentos e preocupações**. No entanto, a transmissão de informação excessiva pode aumentar a ansiedade e constituir um bloqueio à comunicação (Hockenberry & Wilson, 2014), pelo que procurei sempre um **equilíbrio entre o que transmitia** e o que a criança/família estava capaz ou disposta a receber, **dando a informação necessária de forma tranquilizadora e assertiva**, tendo atenção às palavras usadas, ao tom, ao volume e à inflexão da voz. Esta estratégia comunicacional foi de primordial importância no SUP e também na Neonatologia, contextos nos quais **reconheci as especificidades da comunicação**.

A necessidade de recorrer a um SUP representa uma experiência assustadora para a criança, e quanto mais inesperada, mais traumática pode ser. Para os pais, este é também um momento de stress e ansiedade, pela preocupação com o estado clínico da criança, com conseqüente alteração do seu estado emocional. Estes fatores podem ser uma barreira à comunicação, pelo que o enfermeiro, deve reconhecer os desafios à comunicação eficaz e adequar as estratégias de comunicação quando contacta com a criança/família fragilizada de

modo a estabelecer uma relação de confiança e compreensão, ajudando-os a ultrapassar a ansiedade e o medo do desconhecido, nesse momento crítico. O momento da triagem assume-se de primordial importância, pois é o primeiro contato que a criança/família tem com o profissional de saúde, e este acolhimento terá influência na qualidade do relacionamento interpessoal. **Observei a importância que o papel do EEESIP tem nesta fase**, e a sua capacidade em obter com celeridade, **informação clara e relevante** para definir o algoritmo a usar e atribuir a prioridade de atendimento. É necessário o olhar clínico e o conhecimento especializado, para simultaneamente tranquilizar a criança/família, obter a sua colaboração e dirigir o discurso para tentar identificar a(s) queixa(s) mais importante(s). Ao colaborar no processo de triagem, tentei sempre **acolher a criança e família tentando amenizar o medo da criança e o stress dos pais, interagir e brincar** (brincadeira terapêutica) de forma a obter a sua colaboração para os procedimentos, **adequar a linguagem e o diálogo a cada criança/família** (consoante descrevi nos parágrafos anteriores), **questionar** da forma mais objetiva possível para definir o algoritmo mais adequado, e dar informações assertivas acerca dos sinais e sintomas manifestados pela criança.

Na comunicação com crianças, independentemente da idade, a comunicação não verbal é de suprema importância (Hockenberry & Wilson, 2014). Adicionalmente às estratégias que referi na comunicação com o RN/lactente, nas restantes faixas etárias, tive em atenção o meu **comportamento não verbal para facilitar a comunicação**: a minha postura, toque, gestos e atitude. O uso da máscara enfatizou ainda mais, a importância de aliar a comunicação não verbal à comunicação verbal, especialmente o olhar e o tentar sorrir com os olhos. O inverso também foi de extrema importância, tentar perceber através da linguagem corporal da criança, a mensagem que estava a transmitir, nomeadamente sinais de dor, sofrimento, prostração e de possível deterioração clínica.

O serviço de Neonatologia é também um serviço exigente do ponto de vista emocional, quer para os pais, quer para os profissionais de saúde. A necessidade de internamento após o nascimento e a incerteza do estado de saúde do RN, principalmente os que têm um quadro clínico mais instável, desencadeia nos pais um conflito emocional, muitas vezes gerador de sentimentos negativos, nomeadamente angústia, medo, ansiedade, tristeza e desamparo (Diaz, Fernandes, & Correia, 2014). Foi fundamental mostrar **empatia, serenidade e segurança na postura adotada, assim como facilitar a comunicação expressiva de emoções, disponibilizando escuta ativa**. Furneci sempre **informações claras e oportunas**

sobre o estado clínico do RN, os procedimentos de enfermagem e dispositivos médicos. Incentivei os pais a participarem nos cuidados e envolverem-se no processo de recuperação do seu filho. A voz do progenitor e o toque, transmitem segurança ao bebê, pelo que foquei junto dos pais o toque e o método canguru. Destaco o momento em que faleceu um RNPT e que os pais dos outros RN internados, ficaram emocionalmente fragilizados e assustados. A equipa de enfermagem tem um papel preponderante no apoio destas famílias e na promoção da esperança. Neste contexto, dar más notícias é uma tarefa complexa e desafiadora para o profissional de saúde, assim como recebê-las é muito difícil para a família. A empatia é essencial para que a comunicação seja adequada. Tanto quanto serem informados acerca dos seus filhos, os pais em UCIN muitas vezes querem dividir suas angústias, os seus sentimentos e serem ouvidos (Enke, Hausmann, Miedaner, Roth, & Woopen, 2016). As estratégias de comunicação e relacionais adotadas nesta situação, passaram por mostrar disponibilidade para ouvir as dúvidas e os receios dos pais, usar linguagem de acessível compreensão, com delicadeza na forma de falar e suavidade no tom de voz, tentando transmitir calma e serenidade e acima de tudo informações assertivas, que reforcem confiança nos cuidados prestados pela equipa e promovam a esperança parental. Fomentar a esperança parental, passa também pela promoção da vinculação e suporte à parentalidade, pelo que se reforçou ainda mais a participação dos pais nos cuidados aos bebés implementando simultaneamente as estratégias de vinculação já abordadas (toque, método canguru, amamentação).

Acerca da **comunicação não verbal no RN**, saliento ainda a importância da **observação atenta** do RNPT **na interpretação do seu comportamento e dos sinais** de autorregulação para a prestação de cuidados centrados no desenvolvimento. Respeitei o seu ciclo de sono vigília e utilizei estratégias de controlo dos estímulos ambientais (luz e ruído), o posicionamento, a contenção, o toque, a sucção não nutritiva entre outros que também desenvolverei no capítulo da prestação de cuidados complexos ao RNPT.

No contexto de CSP, destaco a importância da implementação de estratégias de comunicação adequadas ao formato não presencial. Após a OMS declarar o estado de pandemia, em 2020, e terem surgido barreiras sanitárias que impediram a presença física das pessoas e a limitação da atividade assistencial de saúde, houve necessidade de adotar novas estratégias e novas formas de atendimento à distância. Assim, a telessaúde configura-se como uma ferramenta estratégica para atender ao princípio do acesso universal, equitativo e integral, principalmente, no nível primário de saúde (Caetano, et al., 2020). O termo

telessaúde possui o prefixo grego “tele”, que significa à distância ou ao longe. A telessaúde é uma rede de serviços associados, que permitem a execução de trabalho de forma assíncrona e síncrona (atendimento on-line ao vivo, chats, web conferência, vídeos, ebooks, etc.) (Lima, Souza, & Silva, 2022).

A **comunicação** insere-se também neste conceito à distância, não presencial, e envolve características e desafios específicos, principalmente pela dificuldade de percepção da componente não verbal do processo (Barbosa & Silva, 2017). As sessões de educação para a parentalidade foram efetuadas **via online**, o que trouxe novos desafios em relação à capacidade de conseguir **estabelecer uma comunicação apelativa, motivadora e empática** o suficiente para fomentar a participação dos pais, a interação com o grupo e manterem as câmaras ligadas. Assim, dei particular importância à forma e conteúdo da mensagem que transmitia, procurando comunicar sempre de forma clara, com entoação e tom de voz tranquilo, pausado, adaptando a minha linguagem e interação ao discurso e reação das mães. Ao longo da formação fui introduzindo questões às mães, de modo a conseguir a participação e partilha de experiências entre o grupo. A apresentação inicial do grupo, foi também uma estratégia para quebrar o formalismo e a inibição que poderia surgir, pelo distanciamento que um écran traz.

Ao longo do estágio, aperfeiçoei as competências comunicacionais e relacionais com as crianças e suas famílias, através das estratégias de comunicação usadas e na prestação de cuidados humanizados, centrados na relação interpessoal. Considero assim, que foi com relativa facilidade que atingi o objetivo de “aprofundar competências comunicacionais e relacionais com a criança/jovem e sua família de acordo com a sua fase do desenvolvimento e características pessoais”.

## **COMPETÊNCIAS**

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da ESIP;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da ESIP.

## **Objetivos**

- *Desenvolver competências na assistência especializada de enfermagem ao RN/criança/jovem e família em situação de especial complexidade, nos diferentes contextos assistenciais;*

- *Desenvolver competências na detecção precoce e encaminhamento de situações de risco;*
- *Desenvolver competências na assistência ao recém-nascido prematuro prestando cuidados centrados no desenvolvimento;*
- *Desenvolver competências na gestão e controlo da dor do RN/criança/jovem.*

### **Atividades / Reflexão Crítica**

Ao longo do estágio tive contacto com várias experiências no **cuidar da criança e família em situações de particular exigência, nomeadamente no âmbito da doença aguda complexa**. A prematuridade, especialmente a grande prematuridade no contexto da Neonatologia, a realização da triagem de Manchester e o **reconhecimento de situações de risco, urgência e emergência na assistência à criança no serviço de urgência**, e a **detecção precoce e encaminhamento de situações que pudessem afetar negativamente a saúde e o bem-estar da criança e família** nos CSP, foram as áreas que durante o estágio me exigiram maior mobilização de competências específicas do EEESIP.

No contexto da Neonatologia, a fragilidade dos RNPT, a especificidade e complexidade dos cuidados que são prestados, num ambiente rodeado da mais diferenciada, mais invasiva e mais recente tecnologia, especialmente na unidade de cuidados intensivos, requerem profissionais com grandes conhecimentos e treinados a nível técnico e relacional. A maior parte do meu estágio foi passada na UCIN, uma área onde preferencialmente trabalham os EEESIP do serviço, pois as suas competências especializadas, permitem-lhes ter uma prestação de cuidados diferenciada com destreza e minúcia, de modo a não agravar a situação clínica instável do RN especialmente o RNPT.

Os três últimos meses de gestação correspondem a uma das fases de maior velocidade de crescimento e especialização cerebral, que se concretiza normalmente dentro do ambiente esperado, o útero materno, onde os estímulos são filtrados e fornecidos na sequência adequada (Santos A. , 2011). As experiências precoces, vividas fora da fase sensorial adequada de estimulação podem interferir com o desenvolvimento normal. A estimulação inapropriada causa um desajuste entre o que o cérebro espera e o que obtém em relação aos estímulos sensoriais do ambiente da UCIN (Coughlin, 2016). Os RNPT podem passar por um período muito longo de internamento numa UCIN, sujeitos a experiências sensoriais muito diferentes das que experimentaríamos in útero (Als, 2012). É consensual na literatura, a interação entre o ambiente e o desenvolvimento cerebral do RN, e isso fundamenta a certeza de que os cuidados centrados no desenvolvimento (CCD), devam ser implementados em

todas as Unidades de Neonatologia. Estes cuidados têm um reflexo quase imediato na estabilidade das funções vitais do RN, assim como no futuro, têm benefícios nas suas capacidades cognitiva e emocional.

Esta unidade segue a filosofia de CCD, que se traduzem em práticas sistematizadas e adequadas às necessidades individuais de cada RNPT/família, promotoras do desenvolvimento neurológico da criança (Halder, Debabrata, & Arindam, 2015). Os RN são vistos como colaboradores ativos nos cuidados, em função da informação que é fornecida pelo seu comportamento e são apoiados pelos pais, que por sua vez, são os seus principais protetores e nutridores, e os profissionais intervêm nos cuidados como parceiros dos bebês e dos dos seus pais (NIDCAP Federation International, 2023). Em todos os procedimentos efetuados ao RNPT, os profissionais de saúde, tinham a preocupação em promover a adaptação do ambiente e dos cuidados ao comportamento do RNPT, observando e compreendendo o seu comportamento, com vista a uma manipulação mínima, ajudando-o na sua autorregulação e minimizando-lhe o número de experiências negativas.

De acordo com a filosofia do serviço, **desenvolvi competências na assistência ao RNPT prestando cuidados centrados no desenvolvimento.** Os CCD contemplam a implementação de estratégias protetoras do neurodesenvolvimento e de promoção do conforto tais como, o controlo dos estímulos auditivos, diminuindo os ruídos externos (que eram medidos por uma orelha sinalizadora que alertava quando se excediam os decibéis tolerados pelos RN); o controlo dos estímulos visuais diminuindo os focos de luz e protegendo as incubadoras com lençol, controlo da dor, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas (sucção não nutritiva- chupeta molhada em sacarose a 24% ou leite materno), a contenção do RN (segurar firme/ aconchegar com as mãos) que é envolvido em mantas quentes e ninhos, o toque firme e suave, aquecendo as mãos antes de tocar, cuidados no posicionamento (transições lentas ao mudar de posição), proteção do sono, estratégias que pude implementar.

Tive também a oportunidade de assistir a um parto e **observar a reanimação neonatal** (Apgar 1/4/7), **os cuidados imediatos ao RN** ainda no bloco operatório e **colaborar no seu transporte** com o EEESIP e pediatra, **na incubadora de transporte** com os materiais/equipamentos necessários para o receber. Observei a eficiência desta equipa e a complementaridade das suas intervenções, com a rapidez necessária, mas mantendo a tranquilidade na abordagem. **Compreendi a dinâmica na admissão de um RN no serviço logo após o nascimento**, a prestação de cuidados imediatos e estabilização hemodinâmica

(monitorização, ventilação em nCPAP, rastreio séptico, aspiração de secreções, entubação orogástrica em drenagem entre outros cuidados). A admissão de um RN numa UCIN é um evento stressante, configurando-se como um dos maiores desafios na vida dos pais. Os pais de RN doentes experienciam altos níveis de stress, ansiedade e depressão (Nicolau & Glazebrook, 2008). Isto requer do EEESIP uma abordagem que tranquilize e permita diminuir a ansiedade e insegurança parental, relacionada com o ambiente desconhecido e a própria situação clínica do RN. Torna-se essencial a compreensão da emocionalidade vivida pelos pais de um RN de risco e o desenvolvimento de estratégias de gestão das emoções no domínio da relação de cuidados, no sentido transformador da experiência negativa em experiência positiva (Cabete, 2014).

Os cuidados de enfermagem de maior complexidade em que **adquiri conhecimento e desenvolvi competências, foram relacionados com o modo de funcionamento e manipulação dos equipamentos** de suporte ventilatório invasivo e não invasivo, **a aspiração de secreções via tubo endotraqueal**, gestão e administração da sedoanalgesia, vigilância do abdómen e das dejeções para despiste de enterocolites necrotizantes, cuidados com a pele e zonas de pressão, **observação pormenorizada do comportamento do RNPT promovendo a adaptação do ambiente e dos cuidados ao seu comportamento** e na gestão diferenciada da dor. Uma das situações de maior complexidade experienciada, foi no último turno do estágio, em que tive a oportunidade de cuidar de um RN em tratamento especializado por hipotermia induzida para prevenção de complicações associadas à asfíxia neonatal, nomeadamente a encefalopatia hipóxico-isquémica. Este RN foi fruto de uma gravidez não vigiada e nasceu à porta do Hospital. Pude compreender o protocolo do procedimento, a vigilância hemodinâmica do RN, a monitorização neurológica e a prestação de todos os cuidados diferenciados para a otimização do tratamento. Ao cuidar deste RN, para além de desenvolver competências na prestação de cuidados tão diferenciados, pude consolidar competências na relação/comunicação e gestão de emoções, em situações críticas e inesperadas. A comunicação com os pais teve que ser muito ponderada, selecionando a informação de forma a transmitir alguma tranquilidade e apoio, no entanto, sem esconder a verdade da situação clínica e prognóstico reservado do bebé. É notória a relevância da atuação do enfermeiro face aos cuidados de enfermagem essenciais para manutenção do tratamento, prevenção de possíveis complicações e efeitos adversos da da terapia (Figueiredo, Almeida, Christoffel, Andrade, & Melo, 2021).

No contexto do SUP, **implementei estratégias de minimização do impacto da doença e hospitalização na criança e família e reconheci situações de risco, urgência e emergência na assistência à criança.** A maior parte do meu estágio em contexto SUP foi na área da triagem, (área destinada exclusivamente ao EEESIP) e também na área de observação (OBS). A prestação de cuidados em OBS implica uma observação contínua e reavaliação constante da criança pois, normalmente são as situações que requerem maior vigilância e mais instáveis que para aí são direcionadas. As admissões em OBS podem ter origem na vinda ao SU, mas também por transferência do Internamento de Pediatria, uma vez que o Hospital não tem serviço de cuidados intensivos pediátrico, e encaminha as crianças que requerem maior vigilância e cuidados para esta área de atendimento, antes de uma possível transferência inter-hospitalar.

A triagem efetuada na admissão à urgência permite identificar precocemente os casos que necessitam de atendimento urgente, de uma forma objetiva e contínua ao longo do tempo no SUP. A triagem é essencial ao funcionamento do SUP, pois é necessário definir prioridades de atendimento em função do motivo de admissão da criança. Esta avaliação deve ser efetuada em poucos minutos, de forma a estabelecer não um diagnóstico, mas sim o nível de gravidade e conseqüentemente o tempo e tipo de resposta necessária (Direção-Geral da Saúde, 2018). O sistema de triagem implementado era a Triagem de Manchester. Este sistema de triagem, para a população pediátrica, tem condicionantes pois, alguns fluxogramas são genéricos e não específicos, com discriminadores (suportados em parâmetros vitais) e critérios de decisão não adaptados à idade. O sistema de triagem em idade pediátrica deve ter em conta a especificidade da criança, independentemente do nível de urgência em que seja praticado (Direção-Geral da Saúde, 2018). Esta limitação do sistema, ressalta a importância, que a triagem seja efetuada por enfermeiros com especialidade em saúde infantil e pediátrica e com treino adequado. O enfermeiro triador deve ser detentor de competências que permitam minimizar ao máximo este viés e adequar o mais possível a prioridade sugerida pelo sistema, à real condição clínica da criança.

Constatei a importância do olhar crítico e clínico do EEESIP sobre a criança, na correta valorização dos sinais ou sintomas e na assertividade na recolha de informação, que é preponderante para um correto encaminhamento e continuidade de cuidados da criança, no circuito pelo SU. A triagem inicial condiciona todos os processos de gestão posteriores sendo determinante para a definição dos circuitos de encaminhamento de doentes e os cuidados prestados (Silva A. , 2009). Percebi que o EEESIP, devido às suas competências e treino

neste sistema, era muitas vezes, capaz de determinar o algoritmo mais apropriado e conhecer as especificidades inerentes sem ter necessidade de olhar para o sistema para saber qual o passo seguinte.

Por ser o primeiro contacto da criança/família com o serviço e com o profissional de saúde, é essencial a realização de um acolhimento eficaz para lhes transmitir segurança face ao desconhecido e à incerteza, minimizando a ansiedade que uma ida ao SUP acarreta (Vaz & Trigo, 2020). As competências relacionais, nomeadamente a comunicação e a linguagem utilizada, transmitindo calma mas interesse e valorizando as preocupações dos pais, são determinantes para o estabelecimento de uma relação terapêutica. O contacto acolhedor, mostrando disponibilidade para responder às suas necessidades e preocupações, transmite um sentimento de confiança e empatia entre a criança/família e a equipa multidisciplinar, que irá trazer benefícios na relação terapêutica, na prestação de cuidados e na experiência vivenciada pela criança no SUP (Diogo, Vilela, Rodrigues, & Almeida, 2016). Observei esta capacidade no EEESIP, no uso de estratégias para atenuar a ansiedade, impaciência e por vezes alguma agressividade dos pais face aos tempos de espera. Explicações rápidas sobre o sistema de triagem e funcionamento do SUP, previsão de tempo de atendimento e re-triagem no caso de agravamento clínico da criança, foram algumas das estratégias usadas para tranquilizar os pais.

Ao longo do estágio tive oportunidade de **observar, colaborar e realizar a triagem** de muitas crianças, **desenvolvendo assim competências de avaliação rápida e assertiva da criança**, de comunicação e apoio emocional para um **bom acolhimento e minimização do impacto de uma vinda à urgência** à criança e família, e de educação para a saúde quando necessário e oportuno. **Realizei a colheita de dados através de entrevista, observação e avaliação de parâmetros vitais**, documentei no sistema informático a queixa/motivo da ida ao SUP em linguagem clara, selecionei o algoritmo mais adequado e segui as suas indicações, atribuindo de acordo com o resultado da apreciação da criança e da gravidade da situação, o nível de prioridade, colocando a pulseira com a cor atribuída no sistema.

Há situações que pelo tempo de espera, podem agravar, percebi que apesar da criança já ter sido triada e estar em circuito a aguardar a observação médica, o EEESIP não se desresponsabiliza, e às que lhe causavam maior preocupação, ia reavaliando o seu estado (por exemplo, crianças com febre que ainda não tinham atingido o intervalo mínimo para administração de novo antipirético, retriava e voltava a avaliar a temperatura), mantendo

assim algum controlo e vigilância, comunicando imediatamente à equipa médica em caso de algum agravamento.

As queixas mais frequentes na triagem foram a febre, sintomas respiratórios (tosse, rinorreia, dificuldade respiratória), sintomas gastro-intestinais (vómitos, náuseas, diarreia), dor abdominal, traumatismos e quedas. Constatei que o grande afluxo de crianças à urgência, em grande parte, é condicionado pela inadequada resposta por parte dos CSP e também pelo facto de muitas situações, não serem verdadeiras urgências. Situações como um episódio único de vómito, choro nos lactentes, febre com início no próprio dia em crianças sem antecedentes patológicos e idades superiores a um ano, dor abdominal há mais de uma ou duas semanas ou queixas difíceis de quantificar nos adolescentes, como sensação de mau estar, são alguns dos exemplos que observei e refleti com a minha tutora. De acordo com o estudo efetuado por Anjo (2020), sobre a identificação dos fatores que levam os pais/cuidadores a recorrer ao SUP por situações não urgentes, os resultados demonstraram que os fatores são múltiplos, incluindo vantagens do SUP, a perceção da gravidade da condição da criança por parte dos pais/cuidadores, limitações dos CSP, a necessidade de garantia dos pais/cuidadores sobre as suas preocupações, a necessidade de uma segunda opinião, e a razão mais citada foi s considerem o SUP como sendo o melhor local onde se podem dirigir pelo horário alargado, a sua localização, as instalações. a acessibilidade e recursos e ainda a confiança nos profissionais de saúde.

A febre é a queixa mais comum relatada na triagem e um dos maiores motivos de preocupação para os pais. Há um desconhecimento geral dos pais sobre os valores considerados febre, sobre a atuação em caso de febre e sobre quando a febre justifica a deslocação a um serviço de urgência, em detrimento do recurso aos cuidados de saúde primários ou pediatra particular. É também aquela, que dependendo do valor, pode alterar a prioridade no atendimento, e esta gestão e decisão é autónoma do conhecimento e perícia do EEESIP na avaliação da criança.

**Participei na abordagem**, a duas crianças em idade pré-escolar, **na sala de emergência**, felizmente não por um motivo de risco de vida, mas por traumatismos em consequência de quedas na escola. A necessidade de sedação para redução de fratura e colocação de gesso foi uma experiência nova e enriquecedora, onde observei o empenho e o cuidado da equipa na gestão da dor e do medo, durante este procedimento invasivo.

Ao longo do estágio **implementei intervenções para minimizar o impacto da hospitalização ou permanência da criança no SUP**. A admissão da criança num SUP

consiste numa das experiências mais traumáticas para a criança e família, pois o tempo de preparação e explicação dos procedimentos é escasso dada a situação de instabilidade da criança, no entanto o enfermeiro deve procurar implementar intervenções que minimizem este trauma (Prata, 2013). Neste sentido, implementei intervenções como: **permitir a participação da criança nos cuidados, assegurar a sua privacidade, explicar todos os procedimentos realizados, preservar o contacto criança-família permitindo a presença do acompanhante junto da criança durante os procedimentos e procurando manter o equilíbrio do sistema familiar**, adaptado ao contexto da urgência. O acompanhamento da criança pela mãe ou pai é encorajado ao longo de todas as fases do atendimento, reforçando o sentimento de segurança e colaboração da criança e permitindo também identificar problemas relacionais ou dificuldades no exercício do papel parental. É importante que o EEESIP preste cuidados técnicos e emocionais em simultâneo, pois para além da exigência que uma situação de urgência implica, torna-se necessário o estabelecimento de uma relação de confiança, dado ser o profissional de saúde na posição de destaque nos cuidados à criança (Nascimento, Silva, Dias, Brito, & Neto, 2017). Desta forma, além do domínio dos procedimentos técnicos, tive em consideração o processo de humanização, utilizando estratégias de comunicação (descritas na competência da comunicação) adequadas à idade, estágio de desenvolvimento e características da criança e família.

As crianças são bastante vulneráveis à experiência de hospitalização, que envolve um ambiente desconhecido, o contacto com procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto e dor e o sentimento de separação do seu ambiente familiar (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015). O EEESIP um papel fundamental para ajudar e apoiar a criança a ultrapassar esta crise. Ao longo do estágio procurei implementar intervenções que promovessem esse apoio, tais como **elogiar a colaboração da criança dando-lhe feedback positivo, promover a colaboração dos pais informando-os acerca dos procedimentos e incentivando-os a conversar honestamente com a criança**. As crianças com preparação prévia pelos pais, sobre o que esperar aquando de uma ida à urgência manifestam mais confiança e segurança e tentam esclarecer os seus medos junto dos enfermeiros (Damião, 2019).

Em relação à faixa etária dos adolescentes, constatei que muitos motivos de ida ao SUP eram relacionados com a saúde mental (auto mutilações, ingestão medicamentosa voluntária, abuso de álcool) mas a situação mais complexa foi a de uma adolescente que recorreu por suspeita de violação, por um conhecimento através da Internet, com encontro fortuito numa

casa abandonada onde ocorreu a relação sexual abusiva. Só contou aos pais no dia seguinte, e estes de imediato, levaram a filha ao SUP. Observei o processo de referenciação ao Instituto de Medicina Legal e à Polícia. Foi também pedida colaboração à urgência de ginecologia para observação da menor. Foi uma situação muito delicada e com elevada carga emocional, em que a discricção dos profissionais e o apoio, foram mais uma vez evidenciadas.

Ao longo do estágio **promovi muitos momentos de reflexão com a enfermeira tutora e restante equipa de enfermagem** sobre a atuação em situações complexas e/ou imprevistas que surgiram e surgem num SUP.

No âmbito dos CSP, nomeadamente da UCC, **conheci a dinâmica da Equipa Local de Intervenção (ELI)**. A Intervenção Precoce na Infância compreende um conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, saúde e ação social. Destina-se a crianças dos zero aos seis anos, com alterações do desenvolvimento, ou em risco de atraso grave do desenvolvimento (biológico, psico-afectivo ou ambiental), bem como às respetivas famílias. Visa assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança, potenciar a melhoria da interação familiar e reforçar as suas competências como suporte da progressiva capacitação e autonomia (Ministério da Saúde, 2009) (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2018). A Intervenção Precoce é um meio facilitador da inclusão, que com a ajuda de profissionais especializados, poderá reconhecer atempadamente alguns transtornos específicos e desenvolver estratégias de forma a minorá-los (Jorge, 2014). Os motivos de referenciação e admissão da criança são, as alterações nas funções ou estruturas do corpo e a exposição cumulativa a mais de quatro fatores de risco ambiental familiar e contextual tais como: atraso desenvolvimento global, alteração da relação/comunicação, perturbação neurológica, anomalia cromossómica, malformação congénita, doença crónica grave e risco ambiental (Pinto & Ferronha, 2011). A necessidade de apoio pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), pode ser referenciada por qualquer entidade ou indivíduo (profissionais de saúde que contactam com a criança, educadores de infância ou até os próprios pais) e concretizada através da ficha de referenciação. Os critérios de elegibilidade da criança para o SNIPI estão definidos pela Comissão Nacional. As Equipas Locais de Intervenção Precoce do SNIPI, estão sediadas preferencialmente em Centros de Saúde desenvolvendo a sua atividade a nível local, e são coordenadas por um dos seus elementos, nomeado pela Comissão de Coordenação Regional (Ministério da Saúde, 2009). São equipas multidisciplinares, com funcionamento transdisciplinar, constituídas por um

grupo de técnicos de diferentes áreas como, enfermeira, educadora, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e pediatra, em que um desempenha a função de gestor de caso, de acordo com o perfil que melhor se adequa às necessidades concretas identificadas. O técnico gestor do caso, assumirá a concretização do Plano Individualizado de Intervenção Precoce (PIIP), competindo-lhe garantir a articulação entre os apoios disponíveis e participar, em conjunto com a família, na identificação dos recursos, preocupações e prioridades, promovendo uma tomada de decisões consciente e informada. A duração do programa depende da necessidade individual da família, assim como, da criança relativamente às suas capacidades. Espera-se que os pais e os cuidadores nos diversos contextos, participem ativamente para pôr em prática todo o plano.

Como o SNIPI abrange apenas a faixa etária dos 0 aos 6 anos de idade, após este tempo, é necessário o encaminhamento da criança a outras entidades ou recursos, se a ELI considerar que ainda precisa de vigilância e intervenção ativa. Neste seguimento, a intervenção das equipas de saúde escolar é fundamental, pois podem acompanhar as crianças sinalizadas e/ou referenciadas pela ELI, pelo contexto hospitalar ou pelo contexto escolar onde a criança se insere, atuando no âmbito do PNSE. Ao longo do estágio, tive apenas uma oportunidade para **acompanhar o EEESIP a uma reunião** no jardim infantil da criança sob **programa de Intervenção Precoce na Infância**, que incluiu a participação de vários profissionais envolvidos na vigilância e acompanhamento da criança: a educadora de infância, a terapeuta ocupacional do ACES (gestora de caso), a professora do ensino especial e a assistente social. A criança era portadora de um atraso grave no desenvolvimento e uma suspeita de autismo. Estava referenciada e sob o PIIP há 2 anos, mas a família demonstrava um comportamento negligente. Abandonou as terapias propostas (integração sensorial, terapia da fala, terapia ocupacional), era pouco assídua às consultas hospitalares e queria retirar a criança para outra escola. A percepção da educadora, era que os pais não aceitavam a deficiência da criança nem as terapias propostas, perdendo-se assim todo o sucesso da estimulação até ali feita. A grande preocupação da equipa era o facto da criança estar quase a fazer 5 anos, perder esta oportunidade de intervenção, e pensar também na transição da criança para a comunidade. Pude assim **assistir e participar na tomada de decisão da equipa multidisciplinar** face à situação em análise (fui convidada inclusivamente, a assinar a ata da reunião como estudante da especialidade), percebendo a importância que do papel do EEESIP como coordenador da equipa, assim como a dinâmica na vigilância da criança no cumprimento do plano de intervenção proposto. Compreendi o papel do EEESIP

enquanto elemento coordenador e promotor da interligação entre os vários técnicos, a dirigir a ação para as áreas que identifica como pertinentes, assim como a sua intervenção diretamente junto da família.

Sabe-se que a primeira infância (desde o nascimento até aos 6 anos de idade), é um período crucial e decisivo, correspondendo a uma janela de oportunidades únicas para o desenvolvimento de qualquer criança. Trata-se de um período importantíssimo de crescimento, que acontece à velocidade da luz e em que o cérebro da criança se encontra mais predisposto à realização de aprendizagens, quando verdadeiramente estimulado, sobretudo, com o que está presente nos contextos naturais da criança, ou seja, locais onde a criança passa muito do seu tempo. Os fatores de origem biológica, interferem naturalmente neste processo, mas o estímulo contextual revela-se igualmente preponderante.

Dado que o mundo da criança é constituído primordialmente pela sua família, a Intervenção Precoce não pode centrar-se unicamente na criança, tornando-se essencial e de extrema importância envolver a família em todo o processo de intervenção. A importância do envolvimento da família no processo de intervenção com a criança tem sido bastante defendida nos últimos anos, no campo da Intervenção Precoce (Simeonsson & Bailey, 1990). Os principais objetivos são a capacitação, co-responsabilização e fortalecimento das famílias para os seus membros se sentirem mais competentes, independentes e autónomos (McWilliam, 2003). Esta forma de intervenção pretende capacitar as famílias na tomada de decisão sobre o que consideram que deverão ser os serviços de Intervenção Precoce para os seus filhos, assim como decidir sobre a forma como querem participar nesse processo (Cruz, Fontes, & Carvalho, 2003).

Na UCC pude também **conhecer o processo de sinalização da criança em risco**, no âmbito da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, onde percebi um pouco **a dinâmica de intervenção do Núcleo de apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)** (Ministério da Saúde, 2008), do qual a minha tutora fazia parte. Apesar de não ter assistido a nenhuma reunião do Núcleo, pude compreender a articulação que o EEESIP, o médico e a assistente social tiveram via remoto, na avaliação de algumas situações reportadas e na definição de um plano de ação. Colaborei também na atualização do ficheiro informático com os dados das crianças e famílias sinalizadas e tipo de intervenção efetuada para resolução da situação. Pude desta forma, perceber algumas estratégias e encaminhamentos aplicados pelo Núcleo, nomeadamente a referência à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, nas situações de risco ou perigo.

Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, requer que o EEESIP faça a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. Desta forma, tracei o objetivo de **desenvolver competências na gestão e controlo da dor do RN/criança/jovem** nos vários contextos assistenciais, que passo a descrever.

A dor é um foco de atenção, cada vez mais relevante, nos cuidados de saúde, e a forma como é gerida e tratada é um indicador de qualidade dos mesmos. A dor e o sofrimento são preocupações de pais e enfermeiros quando uma criança tem um problema de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2013). A dor é uma experiência subjetiva por definição, pois a forma como cada um a sente e classifica, é única e intransmissível, havendo por isso a necessidade de uma intervenção individualizada, que vai muito além da administração de analgésicos. Acresce a estes pressupostos a especificidade das crianças e adolescentes (Ordem dos Enfermeiros, 2013). A preocupação com a dor das crianças resulta do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo (Direção-Geral da Saúde, 2010).

É da competência do EEESIP, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas para controlo da dor e a utilização de conhecimentos e habilidades para implementar medidas não farmacológicas para o alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Na gestão da dor, a prevenção é sempre mais eficaz do que o tratamento da dor já estabelecida. O EEESIP desempenha um papel primordial nesta gestão, na forma como avalia e distingue o tipo e intensidade da dor, como valoriza as características da criança em causa, e conseqüente intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Este é um aspeto fulcral das suas competências.

Ao longo do estágio, na passagem por todos os contextos e na minha prática profissional diária, tenho como preocupação constante a **valorização da dor, a sua correta avaliação e a implementação de medidas farmacológicas e não-farmacológicas, adequadas para o controlo da dor da criança.**

A dor é um motivo recorrente de ida ao SUP, no entanto ainda não existe um protocolo do serviço para abordagem e gestão da dor, sendo as intervenções específicas para cada caso. A dor é avaliada na triagem de todas as crianças, pois está incluída em todos os fluxogramas, e a todas as crianças internadas em OBS, pois faz parte da monitorização dos sinais vitais. Assim, ao longo de todo o estágio, **avalei a dor através da aplicação os instrumentos de avaliação da dor pediátrica.** Como a dor é um fenómeno subjetivo, sempre que possível usei as escalas de auto-avaliação.

Sendo a dor o 5º sinal vital, a sua avaliação e registo sistemático faz parte da boa prática dos serviços de saúde, independentemente do seu contexto (Direção-Geral da Saúde, 2003). **Percebi que, a visibilidade da ação do enfermeiro na gestão e controlo da dor,** através da sua documentação no Sistema de Informação em Enfermagem está comprometida. As escalas de avaliação da dor parametrizadas no sistema ALERT® são apenas duas: Escala de Faces e a Escala Visual Analógica, instrumentos de autoavaliação, que não se aplicam a todas as faixas etárias nem a crianças com incapacidade de se autoavaliar. Assim, a avaliação da dor, é muitas vezes realizada de forma subjetiva, em que o enfermeiro tenta aproximar o mais possível, aquilo que observa do estado real da criança. A avaliação e registo da dor, antes e depois de um procedimento invasivo, e depois de uma intervenção farmacológica em caso de dor, também é omissa na documentação dos cuidados. Há assim um grande caminho a ser feito pela equipa de enfermagem do serviço, reflexão que partilhei com a minha tutora, que reconheceu a necessidade de sensibilização e formação da equipa nesta temática, e a criação de um protocolo de atuação sobre avaliação e gestão da dor na criança. Saber quantificar a dor é o primeiro passo para o seu correto tratamento (Batalha, 2010), e para isso, é necessário ter escalas validadas e adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança.

Os procedimentos invasivos, especialmente os de punção venosa, são considerados os mais temidos pelas crianças, e por vezes a prática humanizada nestes procedimentos fica suprida e é priorizada a celeridade das intervenções e prescrições terapêuticas inerente ao contexto de urgência (Freitas & Voltani, 2016). Durante os procedimentos invasivos, **implementei medidas não farmacológicas de prevenção e alívio de dor,** tal como preconizadas pela Direção-Geral da Saúde (2012), nomeadamente **planeei e agrupei sempre que possível os procedimentos invasivos; preparei previamente a criança de acordo com a sua faixa etária e condição clínica; avaliei a dor antes, durante e após o procedimento; priorizei o suporte emocional através da presença e colo dos pais para diminuir o medo e o stress associado; usei o espaço adequado e promovi um ambiente calmo; no RN e lactente usei técnicas de conforto como: embalar, contenção manual ou com lençol, uso de chupeta para sucção não nutritiva e glicose a 30% (não disponível no serviço sacarose a 24%) e quando aplicável e mãe disponível, a amamentação e usei técnicas de distração e de brincar (usei objetos distrativos tanto da criança como meus - bolas de sabão e canetas com artefactos apelativos).** A implementação de intervenções no âmbito do brincar, proporcionam tranquilidade, coragem e acalmam a criança, facilitando

a comunicação, participação e aceitação dos procedimentos, contribuindo para a prestação de cuidados atraumáticos à criança e família (Freitas & Voltani, 2016).

Em contexto de urgência, verifiquei que o creme anestésico EMLA® não é utilizado, sendo fundamentado que a velocidade das prescrições, não garante o tempo de permanência necessário. No entanto, penso que poderia ser uma boa estratégia em determinados casos colocar o EMLA® por exemplo na triagem, quando a experiência e o conhecimento do EEESIP permite antever que a criança vai ser sujeita a uma punção venosa. Em OBS, a sua utilização também poderia ser feita, nos casos em que as colheitas e os procedimentos são programados com alguma antecipação. Tive oportunidade de refletir esta situação com a minha tutora e pensar nas alternativas existentes para ultrapassar a questão do tempo de ação dos anestésicos, tais como, os anestésicos locais em spray, que têm algum efeito imediato na diminuição da dor, equipamentos de realidade virtual e dispositivos de ação pelo frio em combinação com estimulação nervosa elétrica transcutânea - Buzzy® (vibração em alta frequência com bolsas de gelo), que permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, a reação inflamatória e a tensão muscular, podendo ter efeito imediato. À experiência de dor nas crianças estão frequentemente associados o medo e a ansiedade, fatores que dificultam não só a avaliação da dor, mas também a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à intervenção a ter. É importante que os enfermeiros, em parceria com os pais, saibam avaliar e interpretar o estado emocional da criança, de forma a intervir corretamente (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Na USF a intervenção dolorosa mais frequente para as crianças é a vacinação. A ausência de implementação de medidas para controlo da dor durante a vacinação expõe a criança a sofrimento desnecessário. De facto, na minha breve passagem pela USF, verifiquei a ausência ou a escassa utilização de estratégias não farmacológicas, durante a vacinação das crianças. A única medida implementada era o posicionamento do RN ao colo dos pais e a recomendação para administração de paracetamol pós vacinação.

Na Neonatologia, a dor é um foco de atenção com especial relevância, constituindo um indicador de qualidade dos cuidados ao RN, quer do ponto de vista ético quer do ponto de vista do neurodesenvolvimento, sabendo-se que pode ter consequências quer imediatas quer a longo prazo, se não for devidamente tratada (Direção-Geral da Saúde, 2012). O meio ambiente e os cuidados numa UCIN podem causar dor e desconforto ao RN. A literatura mostra que experiências dolorosas nos RN de termo parecem aumentar as respostas comportamentais aos estímulos dolorosos futuros, enquanto que nos RNPT, parecem levar

a uma diminuição de respostas futuras e a uma maior somatização. O RN, mesmo o RNPT extremo, possui total capacidade anatômica e funcional de nocicepção (deteção e transmissão de informações sobre a presença do estímulo doloroso a partir do ponto de estimulação até o cérebro) (Silva R. , 2005). O sistema nervoso é mais imaturo, portanto o RNPT é mais sensível à dor do que o RN de termo e muito mais do que o adulto. As respostas comportamentais do RNPT à dor, tendem a ser altamente variáveis. O choro é a resposta de mais fácil reconhecimento, no entanto, 50% dos pré-termos não choram face ao estímulo doloroso. As expressões faciais são facilmente observáveis e parecem ser um bom meio de reconhecimento de dor. As alterações de comportamento tais como: diminuição dos períodos de sono (principalmente sono REM), rápidas transições de estado e irritabilidade, a hipotonia ou a hipoactividade, são alguns exemplos. No entanto, a falta de resposta não significa ausência de dor (Silva R. , 2005).

As escalas de avaliação da dor usadas no serviço, são baseadas em parâmetros fisiológicos e comportamentais. A escala de EDIN (Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau né), é uma das mais usadas, e também usada na minha prática profissional, no RN até aos 3 meses de vida, pelo que não tive qualquer dificuldade na sua utilização. A outra escala utilizada, é a NPASS (Neonatal Pain Agitation and sedation Scale), que exigiu algum estudo da minha parte na literatura, pois é uma escala específica da Neonatologia, que permite além da dor, avaliar simultaneamente a sedação do RN (prematuro e de termo) e lactentes (100 dias) em ventilação (Hummel, Lawlor-Klean, & Weiss, 2010).

A filosofia de prestação de cuidados protetores do desenvolvimento, já contempla muitas ações promotoras do bem-estar e de prevenção da dor. Como já referido, a minha atuação, foi de acordo com esta filosofia e em relação à dor **implementei medidas de alívio (farmacológicas/não farmacológicas) e de promoção de conforto**. Neste sentido, planeei e racionalizei sempre que possível os procedimentos dolorosos, usei lancetas mecânicas na punção do calcanhar para efetuar as gasimetrias, utilizei o mínimo uso de adesivo e removi-o com óleo de amêndoas doces. Utilizei estratégias comportamentais como a contenção, a preensão palmar e plantar, a sucção não-nutritiva, com administração de sacarose ou leite para acalmar o RN durante os procedimentos potencialmente dolorosos.

Apesar de se valorizar uma prestação de cuidados de enfermagem à criança e família o menos traumático possível, muitas vezes os cuidados que se prestam são traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores. Os enfermeiros devem dirigir a sua intervenção, para a prestação de cuidados atraumáticos, que visam a redução do stress psicológico e

físico, com o objetivo de atenuar a dor corporal, para que a criança atinja o bem-estar (Tavares, 2008). Tentei sempre gerir os cuidados de enfermagem, de forma a **promover os cuidados atraumáticos**. Os cuidados atraumáticos são uma intervenção independente e fundamental, da enfermagem que permite um cuidar eficaz, sem efeitos secundários, apresentando um grande benefício para a criança. É imprescindível reforçar a sua relevância aos enfermeiros, especialmente aos que cuidam de crianças, investir na investigação e formação, promovendo a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Em suma, penso ter sido capaz de demonstrar competência na resposta às situações complexas com que me deparei ao longo do estágio, nos diferentes contextos, nomeadamente situações de instabilidade orgânica da criança, que requerem uma avaliação e atuação célere e assertiva, especialmente no SUP a triagem, e na UCIN na abordagem ao RNPT; a gestão de situações de dor e desconforto, a implementação de cuidados atraumáticos, e ainda a abordagem ao adolescente reconhecendo a saúde mental como uma das suas maiores áreas de fragilidade e de apoio.

### **3.2. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS**

Atualmente, o conceito de gestão na área da saúde expandiu-se, e mais do que gerir a organização de saúde, há necessidade de tornar eficientes outros aspetos organizacionais. Assim, surgem conceitos como gestão da saúde, gestão da doença, gestão de risco, gestão de cuidados de enfermagem, gestão de casos, gestão medicamentosa ou gestão de altas, entre outros, num envolvimento multiprofissional onde a Enfermagem tem um papel fundamental (Potra, 2015). A gestão em enfermagem abrange três grandes áreas, nomeadamente a gestão de cuidados, de recursos humanos e de recursos materiais que se interligam e se articulam com a mesma finalidade - a prestação de cuidados individualizados, adaptados e de qualidade aos utentes.

No âmbito de atividades de gestão, compete ao enfermeiro especialista gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. É responsável também por adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). É, portanto, de extrema relevância o desenvolvimento de competências neste domínio no percurso da formação especializada.

## COMPETÊNCIAS

- Liderar equipes na prestação de cuidados especializados na área da ESIP;
- Gerir os cuidados de enfermagem na área da ESIP.

## Objetivos

- *Compreender o papel do EEESIP no processo de liderança na equipa;*
- *Desenvolver competências na gestão dos cuidados e recursos de enfermagem.*

## Atividades / Reflexão crítica

Durante o estágio, procurei **conhecer o papel do EEESIP na gestão de cuidados, na gestão de equipas e de recursos.**

No contexto hospitalar, percebi que o enfermeiro gestor delega parte das funções de gestão de recursos humanos e materiais, ao EEESIP, que assume a função de responsável de equipa/turno. As suas competências especializadas, conhecimentos na área da gestão, a sua proximidade com a equipa e a sua participação direta na prestação de cuidados elegem-no como o profissional melhor preparado e com maior conhecimento das necessidades e características da equipa e do serviço. Desta forma, é capaz de um melhor planeamento de atividades e uma boa coordenação do serviço/equipa/turno.

No contexto da Neonatologia, pude constatar que o enfermeiro responsável de turno (RT) / chefe de equipa é sempre um EEESIP e isso confere-lhe várias funções e responsabilidades acrescidas, nomeadamente a gestão de vagas e a gestão de recursos humanos, tendo a responsabilidade da elaboração do plano de trabalho para o turno seguinte, tentando um equilíbrio entre aquilo que são as necessidades e a complexidade dos cuidados aos RN e as características e nível de experiência dos elementos da equipa e a capacidade de ter uma tomada de decisão rápida e eficiente, que neste contexto é fundamental, pois a imprevisibilidade é um fator constante, tanto no momento de admissão de um RN, como no agravamento súbito de algum RN, que requerem uma atuação imediata e eficaz do coordenador ou responsável de equipa. Pude perceber de forma mais concreta esta capacidade, um dia, em que a unidade estava com a lotação completa e nasceram de urgência dois gémeos que precisaram de cuidados intensivos neonatais. A minha tutora teve que otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados. Rapidamente teve que dialogar com a equipa médica para definir quais os RN com melhores condições para serem transferidos para o serviço de pediatria, agilizar da forma mais rápida possível todo o processo de transferência de cuidados, preparar a unidade dos RN a admitir,

distribuir e supervisionar as tarefas pelos enfermeiros e pelas assistentes operacionais, na melhor coordenação possível, para minimizar eventuais falhas e manter a qualidade e a segurança dos cuidados.

A capacidade de liderar, surge como uma das principais competências que deve ser desenvolvida pelos enfermeiros (Sobrinho, et al., 2018). Um bom líder deve possuir capacidades comunicacionais, favorecer o trabalho e o espírito de equipa, conhecer as habilidades e potencialidades da sua equipa e utilizá-las da melhor forma possível, e possuir capacidades para delegar responsabilidade autoridade (Silva, Peixoto, & Batista, 2011), gerando um impacto positivo no desempenho da equipa. Esta situação permitiu-me perceber que o EEESIP tem um papel fundamental na liderança assumida, pois permite a sincronia do trabalho em equipa, a diminuição dos erros e a garantia das melhores condições para a prestação segura dos cuidados.

Pude constatar que o EEESIP tem também a responsabilidade de **verificar e gerir o funcionamento de diversos equipamentos do serviço**, além da gestão de recursos humanos. Todos os turnos deve-se certificar do adequado estado de prontidão da incubadora de transporte, (que a qualquer momento poderá ter que ser utilizada) e também verificar a integridade da selagem dos carros de emergência do serviço com registo em impresso próprio. Ao longo do estágio tive oportunidade de a acompanhar no desempenho destas funções. Isso permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre o tipo de equipamentos, modo de funcionamento, concretamente a incubadora, a qual só tive contato neste contexto de estágio.

No contexto do SUP, o responsável de turno e coordenador de equipa é sempre o EEESIP. A elaboração do plano de trabalho, no entanto, está a cargo da Enfermeira Gestora, que considera as características individuais e nível de experiência dos elementos da equipa, e não a especificidade dos doentes, dada a sua variabilidade a cada hora. Ao EEESIP compete a gestão da equipa, do serviço, dos recursos materiais e dos stocks de medicação, nomeadamente dos estupefacientes. Existe um aplicativo informático (GESDOC), criado pelo enfermeiro gestor, que permite o registo dos gastos de medicação que requer controle, tanto pelo seu potencial risco clínico (estupefacientes e benzodiazepinas), como pela sua importância em garantir stock em cada turno. O EEESIP na função de RT, atualiza o registo do turno anterior e valida novamente os gastos e as reposições que ocorreram, no fim do seu turno. Este documento, tem ainda um campo para ser preenchido com as ocorrências do turno, que depois são analisadas e resolvidas pelo enfermeiro gestor do serviço. Ainda na atividade de gestão de recursos, fazia parte a **verificação da sala de reanimação**, que

consistia em **testar os equipamentos**: desfibrilhador, ventilador, máquinas perfusoras, monitor cardio-respiratório, insufladores manuais, laringoscópios, aspiradores de secreções e rampas de oxigênio, verificar stocks e validades de materiais e de medicação da sala. Verificava ainda o nível de oxigênio na bala do carro de emergência e a integridade do selo. Após a verificação, fazia o seu registo adequado. **Pude acompanhar e colaborar nesta atividade**, permitindo-me obter um conhecimento maior sobre equipamentos que não fazem parte da minha prática profissional diária, nomeadamente o desfibrilhador.

Para além destas atividades diárias, o EEESIP tinha a responsabilidade de manter o bom e correto funcionamento do serviço de urgência pediátrico. Isto implicava muitas vezes a resolução de situações inesperadas, tais como transporte interhospitalar de crianças que necessitassem de acompanhamento de Enfermagem, e conseqüente redistribuição dos elementos da equipa, possuindo assim a capacidade de responder a mudanças externas reformulando o plano de trabalho. A coordenação da equipa de prestação de cuidados incluía a supervisão da equipa das assistentes operacionais, nomeadamente na realização das tarefas que implicassem o bom funcionamento do serviço: limpeza das unidades, reposição de materiais, distribuição de alimentação às crianças, acompanhamento de crianças para exames, acondicionamento e transporte de produtos para o laboratório, etc. O EEESIP, sendo RT e também coordenador de equipa, era um elemento de referência para toda a equipa multidisciplinar. Era escolhida pela enfermeira gestora, para ajudar a definir e comunicar novas indicações, atualizações de circuitos, normas e procedimentos, à restante equipa e garantir também que estas fossem cumpridas. Era um elemento de recurso da equipa, na resolução de alguma situação e/ou conflito existente, pela sua capacidade de desenvolver relações interpessoais eficazes e empáticas.

As UCCs são organizações inovadoras, que se distinguem das restantes formas de prestação de cuidados de saúde, pelos princípios da autonomia organizativa, técnica e pela flexibilidade quanto à sua gestão (Fernandes B. , 2011). São as únicas unidades funcionais onde o coordenador é “(...) designado de entre enfermeiros com, pelo menos, o título de enfermeiro especialista, com experiência efetiva na respetiva área profissional”, (Ministério da Saúde, 2008, p. 1184), e, portanto, o elemento que integra as funções de gestão. A gestão relativa aos programas de saúde é da competência dos Enfermeiros Especialistas, sendo que a gestão das atividades relativas ao PNSIJ é da responsabilidade do EEESIP (Ministério da Saúde, 2008). No decorrer do estágio na UCC, percebi que é da autonomia do EEESIP a gestão da sua agenda, a calendarização das atividades no âmbito do projeto desenvolvido, a articulação com os outros elementos da equipa de enfermagem, quer por logística do espaço

na UCC nas sessões presenciais, quer na disponibilidade para assumir a apresentação das sessões online. Esta planificação é efetuada no início de cada mês e vai sendo ajustada conforme as necessidades. O EEESIP pode ainda fazer parte da equipa de saúde escolar, da ELI e do NACJR, desempenhando um papel preponderante e autónomo na elaboração e gestão dos planos individuais de saúde das crianças com NSE e estabelecendo a ligação entre a criança/ família, comunidade escolar e os serviços de saúde. A minha tutora tinha a responsabilidade de coordenação e gestão de casos no âmbito do NACJR, equipa da qual fazia parte. Apesar de não ter tido a oportunidade de participar em nenhuma reunião do NACJR, a minha tutora partilhou e refletiu comigo algumas situações, pude colaborar na atualização do seu ficheiro de dados, documentando as ações desenvolvidas e outros campos de informação, conseguindo assim **compreender a articulação das diferentes unidades de saúde e conhecer o processo de referenciação das crianças.**

Na USF, o método de trabalho utilizado é o do Enfermeiro de Família, direcionado para a prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Diário da República, 2014). Com esta política, a vigilância de saúde da criança pode não estar a cargo do EEESIP, uma vez que a distribuição das famílias é feita por todos os enfermeiros da USF. Apesar desta organização, pude observar e constatar, que quando o enfermeiro de família é um EEESIP, revela-se uma referência para a restante equipa de enfermagem e tem um importante papel como gestor de atividades relacionadas com a saúde infantil. Algumas dessas atividades são: a marcação das consultas de SIJ, que agrupa e coordena de acordo com os agendamentos da vacinação ou outras consultas da família, de forma a evitar deslocações desnecessárias à unidade de saúde; o planeamento e o agendamento da vacinação BCG, segundo os critérios de elegibilidade, e sua consequente administração aos RN; e a colaboração com os outros enfermeiros da equipa, que quando têm crianças para vacinar ou para fazer algum procedimento, solicitam a ajuda da EEESIP, pois reconhecem e valorizam a abordagem especializada que detém.

Pude constatar que para a prestação de cuidados é fundamental **conhecer os recursos humanos e materiais** dos diferentes contextos assistenciais, para conseguir **gerir eficazmente os cuidados a prestar à criança e família.** Observei e participei nas **atividades de gestão dos recursos humanos e materiais**, de forma a contribuir para uma maior rentabilização dos mesmos e **identifiquei necessidades de material e a sua adequada reposição. Organizei o meu trabalho, gerindo eficazmente o tempo e priorizando os cuidados de acordo com as necessidades da criança e família.** Utilizei o processo de enfermagem como instrumento de planificação de cuidados, o qual permite a

recolha dos dados, a avaliação diagnóstica da situação, o planeamento, a implementação das ações planeadas e sua reavaliação, envolvendo sempre a criança/família na tomada de decisão do seu plano de cuidados. A gestão de caso é um processo colaborativo no âmbito do qual se executa avaliação diagnóstica, planeamento, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços, com vista a responder em momento oportuno, com qualidade, às necessidades e potencialidades do indivíduo, de modo a garantir a eficiência e eficácia na prestação de cuidados (Martins & Fernandes, 2010). Assim, o enfermeiro especialista, por inerência das suas funções e responsabilidades, é um gestor de cuidados de saúde.

**Compreendi a organização dos cuidados** nos vários contextos, de acordo com o modelo de gestão instituído - **gestão do ambiente, gestão do tempo, estratégias de tomadas de decisão ou resolução de problemas, utilização das novas tecnologias e gestão da informação**. Acompanhei os enfermeiros dos serviços na **gestão dos diversos recursos**, nomeadamente, armazéns de consumo clínico e hoteleiro, pedidos e requisição de alimentação para as crianças. **Conheci os diferentes papéis e funções** de todos os membros da equipa, essencialmente **o papel do EEESIP na dinâmica organizacional do serviço e liderança dos cuidados de enfermagem promovendo um ambiente positivo e favorável à prática**. O facto de ter acompanhado e colaborado com as minhas enfermeiras tutoras nestas funções acrescidas, permitiu-me compreender o nível de responsabilidade, flexibilidade, organização e competências humanas que a gestão de um serviço exige.

**Revi e avaliei os resultados das minhas intervenções e estabeleci novos objetivos quando necessário**. Esta **reflexão crítica** promove uma **melhoria da qualidade dos cuidados prestados** à criança/família, e demonstra **competência na área gestão** e um **nível aprofundado de conhecimentos na área da ESIP**, pelo que considero tê-la atingido na globalidade.

## **COMPETÊNCIAS**

- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área da ESIP;
- Exercer supervisão do exercício profissional na área da ESIP;
- Colaborar no processo de integração de novos profissionais.

## **Objetivos**

- *Desenvolver competências inerentes à liderança de equipas de enfermagem que influenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;*

- *Compreender o papel do EEESIP no âmbito da supervisão dos cuidados de enfermagem.*

### **Atividades / Reflexão Crítica**

A gestão em enfermagem é essencial para assegurar a qualidade dos cuidados que se prestam e o enfermeiro deve “assegurar por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O Enfermeiro Gestor deve garantir a qualidade dos cuidados prestados no seu serviço, e para isso, é imprescindível assegurar as condições necessárias para que se possa produzir trabalho de excelência. O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Ao longo do estágio, **agi com segurança e promovi um ambiente de cuidados seguro**, adotando **estratégias de gestão do risco e de controle de infeção**.

Na Neonatologia, atuei de acordo com os procedimentos e normas do serviço na preparação de medicação endovenosa. A preparação de medicação, é sempre efetuada por dois enfermeiros, que preparam no mesmo momento, a medicação que tem estabilidade, para 12h ou 24h, para todos os RN do serviço. Usei equipamento de proteção individual e norma esterilizada e recorri ao manual de preparação e diluição de fármacos validado e implementado no serviço, **garantindo assim a segurança da administração de terapêutica**. Explicaram-me que o objetivo desta prática é minimizar o risco de infeção e o desperdício de material de proteção individual e de fármaco (uma vez que as doses são pequenas e uma ampola, por exemplo, dá para várias doses/doentes) Este procedimento originou em mim algumas reflexões, considerando os 9 certos para a segurança na preparação e administração de medicamentos (Elliot & Liu, 2010) e que partilhei com a minha enfermeira tutora, pois o cada enfermeiro deve ser o responsável pela preparação e administração da terapêutica do seu doente. Também neste contexto, nomeadamente na área dos cuidados intensivos, geri os cuidados, tendo como imperativo, **cumprir as normas de assépsia e controle da infeção na manipulação dos RN e dos dispositivos e equipamentos**.

Na área da Neonatologia, a gestão de risco contempla procedimentos e normas específicas tais como, a identificação de todas as crianças com pulseira de identificação, onde conste o

nome e número do processo, para identificação inequívoca em qualquer procedimento (Direção-Geral da Saúde, 2011); a entrada e saída do serviço de Neonatologia é efetuada através de cartão magnético, para controle e identificação das pessoas que entram no serviço. Os pais e cuidadores são obrigados a cumprir um circuito de prevenção de contaminação aos RN que contempla a lavagem das mãos e o uso de bata ao entrar na unidade. O enfermeiro gestor é o responsável pela implementação dos circuitos, das normas e dos procedimentos e o enfermeiro responsável certifica-se do cumprimento dos mesmos, reportando eventuais falhas ou sugestões de melhoria.

A garantia de um ambiente terapêutico e seguro, implica que, o Enfermeiro Especialista faça a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atue proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco (Ordem dos Enfermeiros, 2019). No contexto do SUP, **identifiquei uma situação de potencial risco clínico**, relacionada com o armazenamento das ampolas de cloreto de potássio (KCL), juntas na mesma gaveta com as ampolas de soro fisiológico, tão frequentemente usadas. O KCL é considerado um medicamento LASA (“Look-Alike Sound-Alike” - medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes (Direção-Geral da Saúde, 2014) e também um medicamento de alerta máximo ou alto risco (Direção-Geral da Saúde, 2015), pois a sua utilização sem diluição pode ser fatal. O procedimento nestes casos, recomenda o armazenamento num local mais inacessível, separado de outros fármacos armazenado. Havia por isso, um risco acrescido de administração do medicamento errado pelo armazenamento conjunto com soro fisiológico e por num contexto de urgência, a atuação do enfermeiro ter de ser muitas vezes tão rápida que a fase de confirmação e validação da medicação é ultrapassada. Conversei sobre esta situação com a minha tutora, que concordou comigo, transmitiu à enfermeira responsável pela medicação que concordou com a mudança do local de armazenamento do KCL. **Identifiquei assim ações que reduzem os riscos potenciais e contribui para as implementar, de modo a reduzir a probabilidade de consequências adversas.** Verifiquei em turnos seguintes, que a situação voltava a acontecer, pois o armazenamento é feito pelas assistentes operacionais do serviço, e muitas delas não tinham conhecimento da alteração proposta, mantendo assim o procedimento anterior. Apesar de ser uma tarefa delegada, o enfermeiro tem a responsabilidade de supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

A atual carreira de Enfermagem, promulgada pelo Decreto-Lei 71/2109, compreende três categorias as quais: Enfermeiro, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Gestor (Diário da

República, 2019). Ao Enfermeiro Especialista no domínio da gestão cabe coordenar a supervisão clínica de estudantes de enfermagem. Durante o estágio na UCC, foi-me proposto **fazer o acolhimento e a integração das alunas da licenciatura de enfermagem** que iniciaram o estágio nesse contexto. Esta atividade obrigou-me a **conhecer o processo de integração de alunos e estudar o manual de acolhimento** da UCC, a pesquisar e a aprofundar os conteúdos lecionados nas aulas teóricas do Curso e na legislação sobre a reestruturação dos centros de saúde em 2013, composição das diferentes equipas de CSP, missão das várias unidades que compõem o ACES, e mais concretamente da UCC em que estávamos. Durante o decorrer do estágio destas alunas, fui também responsável pela sua **orientação e supervisão de algumas das atividades** por elas desempenhadas, nomeadamente a preparação das apresentações das sessões de promoção da parentalidade e atualização de alguns conteúdos abordados. Apesar de já ter uma vasta experiência na integração de alunos e também de profissionais, esta foi a primeira vez que o fiz num contexto não hospitalar, o que me obrigou a ter que aprofundar e aumentar conhecimentos, que também me foram úteis para uma melhor integração e contextualização do estágio.

Os métodos de trabalho em Enfermagem representam a organização da prestação de cuidados nos diferentes contextos clínicos, os quais refletem valores sociais, ideologias de gestão e recursos das várias equipas, integradas numa organização (Parreira, 2005). Na literatura é possível identificar vários métodos de trabalho adotados pelos enfermeiros no desenrolar do seu exercício profissional. O método individual consiste na abordagem de assistência total ao cliente, um único enfermeiro assume a total responsabilidade pela assistência a um grupo de clientes durante um turno. A organização dos cuidados de enfermagem reflete as necessidades e a centralidade do cliente como o centro da assistência (Parreira, et al., 2021). No método de trabalho em equipa, os enfermeiros são divididos por grupos, sendo coordenados por líder(es), que garante(m) que as habilidades e qualificações de cada profissional de enfermagem sejam aproveitadas, bem como as capacidades do grupo sejam rentabilizadas, no sentido de uma prestação de cuidados integrais aos clientes que estão sob sua responsabilidade (Goh, Ser, Cooper, Cheng, & Liaw, 2020). No contexto hospitalar, apesar de estar instituído o método de trabalho individual, também é praticado o método de trabalho em equipa, pois trabalham muito em cooperação, partilham dificuldades, dúvidas e assumem uma responsabilidade partilhada na interação com a criança/família. Como chefe de equipa, era frequente ser solicitada a opinião do EEESIP, principalmente os mais experientes, para o esclarecimento de dúvidas aconselhamento na tomada de decisão. O EEESIP lidera pelo exemplo que dá à equipa. É visto como uma referência em

comportamento, atitudes e conhecimentos, sendo um consultor perito na área de ESIP. O EEESIP deve também reconhecer e valorizar a contribuição profissional de todos os membros da equipa, incentivando a sua participação na discussão do planeamento de cuidados e nas decisões a tomar. Esta liderança eficaz, na colaboração nas decisões da equipa de saúde e na assessoria aos enfermeiros, melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar, potencia a qualidade dos cuidados prestados e promove a satisfação e o bem-estar da equipa liderada. Os gestores têm um papel crucial na organização do trabalho e na promoção de atitudes, através da participação dos trabalhadores, garantindo-lhes maior responsabilidade, autonomia no processo de decisão e no desenvolvimento pessoal e profissional, o que confere consequentemente efeitos positivos na prestação de cuidados (Leal, et al., 2019). É importante a participação coletiva das equipas, onde deve existir partilha de experiências e perspetivas, para que a decisão seja tomada entre os elementos, e estes se sintam incluídos e responsáveis nas ações e decisões.

Em Enfermagem, a liderança requer o desenvolvimento de habilidades, uma vez que esta influência a equipa, assim como os resultados, sendo um fator indispensável na melhoria dos cuidados (Mattos & Balsanelli, 2019). O papel do líder, deve inspirar confiança, respeito e credibilidade, e tanto tem influência na motivação da equipa como assegura a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Ferracioli, et al., 2020). Das diversas competências do enfermeiro gestor que contribuem para melhorar a qualidade assistencial, a que assume maior destaque é a liderança, que implica capacidade para influenciar as pessoas e mobilizá-las com vista a uma maior eficiência, recorrendo para tal a uma gestão participativa e cooperante, tendo como principal desafio a gestão de recursos humanos e conflitos interpessoais (Freitas C. , 2018). Embora as funções de gestão estejam diretamente relacionadas com o enfermeiro chefe ou gestor, foi transversal a todos os contextos, verificar que as enfermeiras gestoras procuram envolver a equipa nas dinâmicas do serviço e delegar funções de gestão, nomeadamente aos enfermeiros especialistas. Constatei que quando a chefia segue o princípio da gestão partilhada, onde é valorizada a opinião dos elementos, há uma maior dinâmica de equipa e partilha, os elementos sentem-se como parte das decisões tomadas e ficam mais motivados. Quando a tomada de decisão é apenas das chefias ou só com a contribuição de um elemento específico da equipa, escolhido por qualquer critério individual, os restantes colegas sentem-se preteridos, ocorrendo muitas vezes discussões, desmotivação e mau estar entre os elementos da equipa. O ambiente de trabalho está relacionado com a forma como o enfermeiro lidera e toma decisões e isso é sentido pela interação que existe no seio da equipa.

Concluo assim, que este é um domínio bastante exigente para o EEESIP, pois simultaneamente à prestação de cuidados, acumula estas funções de liderança e supervisão da equipa, de gestão de recursos e dinâmica do serviço tendo que garantir sempre a segurança e qualidade dos cuidados prestados. No entanto, e apesar da abrangência e exigência percecionada, pude desenvolver competências importantes na área da gestão de recursos humanos, estilos de liderança, tomada de decisão em equipa, gestão de conflitos e delegação e supervisão de tarefas, espelhadas na reflexão que elaborei.

### **3.3. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Em saúde, particularmente em enfermagem, a formação adquire um papel fundamental, contribuindo eficazmente para a mudança e melhoria no desempenho, para o desenvolvimento de competências, enaltece a prática profissional, conduzindo à satisfação, autorrealização e valorização pessoal e profissional dos enfermeiros (Collière, 2000).

A Ordem dos Enfermeiros, responsabiliza o enfermeiro pela sua valorização profissional, investindo na sua formação e certificação das competências regulamentadas. A promoção da sua formação contínua, contempla a premissa de que o enfermeiro deve adotar uma atitude proativa procurando o seu desenvolvimento profissional, uma postura reflexiva sobre a sua prática de cuidados, identificando as necessidades de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados e do seu próprio desenvolvimento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A formação contínua constitui assim um dever e uma responsabilidade profissional do enfermeiro.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, da orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita evoluir e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

#### **COMPETÊNCIAS**

- Identificar as necessidades formativas na área da ESIP;
- Promover formação em serviço na área da ESIP;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;

- Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;

### **Objetivos**

- *Desenvolver competências no âmbito da formação em serviço da equipa de enfermagem;*
- *Compreender a importância do papel que o EEESIP tem na formação em Enfermagem.*

### **Atividades/Reflexão Crítica**

A prática profissional, permite identificar áreas de interesse e aprofundar conhecimentos que deverão ser investigados e colmatados. Ao longo do estágio, **proporcionaram-se momentos de discussão informal e reflexão** com as enfermeiras tutoras e restante equipa de enfermagem, sobre dúvidas e situações clínicas específicas. Para além de se constituírem como momentos de enriquecimento mútuo, revelam-se essenciais para a **identificação de temas pertinentes a serem desenvolvidos através da formação em serviço**. O contexto do SUP foi um exemplo, em que foi identificada a necessidade de atualização de conhecimentos da equipa de enfermagem, sobre avaliação da dor e implementação de estratégias não farmacológicas para prevenir a dor, nomeadamente durante os procedimentos invasivos, assim como formação sobre o sistema de informação SClínico® e documentação dos cuidados de enfermagem, uma temática transversal aos três contextos.

A formação em serviço, é dos fatores que mais contribui para a melhoria do desempenho profissional e, consequentemente, da qualidade dos cuidados prestados aos doentes. pois procura valorizar o saber, o saber fazer e o saber ser, no desenvolvimento pessoal e profissional dos elementos da equipa prestadora de cuidados. No estágio **tive oportunidade de promover a formação em serviço** na área da ESIP, **através da realização de uma formação para os enfermeiros da UCC**, subordinada ao tema - consulta de saúde infantil e a especificidade do 1o ano de vida. Esta necessidade formativa não foi por mim identificada, mas foi-me sugerida realizar pelas EEESIP, dado que já fazia parte do plano formativo da UCC, delineado previamente à minha chegada. As atividades para concretizar esta formação, incluíram o seu planeamento, elaboração e realização. O planeamento exigiu uma **pesquisa e mobilização de conhecimentos teóricos** bem como uma organização clara e concisa dos conteúdos a transmitir. Para elaboração da formação, fiz pesquisa sustentada no documento da DGS que suporta a sua implementação: PNSIJ de 2013. A Ação de

Formação teve como objetivo, informar sobre as atualizações trazidas pelo PNSIJ, a dinâmica e os fundamentos inerentes à realização de uma consulta de vigilância de saúde infantil, mais concretamente as que devem ocorrer no 1o ano de vida da criança. O suporte da apresentação e o seu planeamento, podem ser consultados com mais pormenor no Apêndice III deste relatório. Contribui desta forma para a **formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e dos enfermeiros.**

**Assisti** também, a duas **formações do grupo de pares**, realizadas pelas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica com a temática da amamentação e pelas enfermeiras especialistas em saúde comunitária da UCC, com o tema “musicoterapia no cuidado ao idoso”. Estas formações constituíram-se uma mais valia pois os enfermeiros que integram a equipa da UCC, são especialistas em diferentes áreas, estas formações são uma forma de dar a conhecer o trabalho que vão realizando, sustentado nas mais recentes evidências científicas, além de fomentar a reflexão conjunta e a partilha de conhecimentos e experiências. Com estas formações, pude perceber que a música, à semelhança do efeito que tem no desenvolvimento infantil, tem também efeitos benéficos tanto para o idoso, quanto para seus cuidadores e familiares. A musicoterapia contribui para estimular funções cerebrais e assim retardar a progressão de doenças degenerativas. Proporciona bem-estar e relaxamento, diminuindo os episódios de agitação e ansiedade. Fiquei a conhecer também, que existem enfermeiros musicoterapeutas em Portugal, e que trabalham com os idosos a este nível. A sessão de formação sobre amamentação foi útil na atualização de conhecimentos sobre os equipamentos/acessórios mais atuais, como bombas extratoras de leite, soutiens de amamentação, discos coletores de leite, pois os princípios orientadores e a fisiologia e as vantagens da amamentação, não constituíram conhecimento novo para mim.

No contexto de CSP, foi-me proposta a **elaboração e apresentação de uma sessão de educação para pais**, com o tema “estimular o desenvolvimento infantil”, no âmbito do curso de preparação para a parentalidade: “Encontro de Pais”, o qual é composto por três sessões de educação para a saúde. Para isso **realizei pesquisa bibliográfica** de modo a aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, particularmente durante o 1o ano de vida, dividido por etapas: 0-3meses, 3-6meses, 6-9meses, 9-12meses e 12-15meses. A formação abordou, não só o desenvolvimento físico (funções motoras e da maturação do organismo) mas também o desenvolvimento cognitivo e social. A informação relativa a esta sessão encontra-se no Apêndice II. Com esta atividade, tive também, a oportunidade de **desenvolver mais competências no domínio da comunicação para o público em geral,**

pois o facto de ter sido realizada formato não presencial (via online), foi um desafio à minha capacidade de conseguir fazer uma apresentação apelativa e suscitadora de interesse, e ser motivadora da participação dos pais e da interação do grupo, através da partilha de experiências individuais. Para perceber a pertinência e a eficácia das sessões de formação aos pais, foi-me proposta a elaboração de um questionário final de avaliação do Curso “Encontro de Pais”. Este questionário surgiu pela necessidade de existência de um instrumento de avaliação formal das sessões, que pudesse não só conter a avaliação do curso, mas também sugestões de melhoria para implementar em cursos futuros. Este questionário encontra-se no Apêndice IV, deste relatório.

Durante o estágio, **procurei ter uma prática reflexiva**, refletindo na ação e sobre a ação, aprender fazendo e pensando. Pretende-se que o enfermeiro caminhe no sentido da excelência, associando a reflexão à prática profissional, reconhecendo eventuais aspetos dos cuidados que devem ser melhorados e que obrigam a uma mudança de comportamentos (Ordem dos Enfermeiros, 2005). É este “olhar questionador” que nos leva a refletir sobre a complexidade dos cuidados de enfermagem, os saberes que comportam e a consequente formação que lhes está implícita, principalmente na área da ESIP, que se pretende que o EEESIP detenha e desenvolva, ao longo da sua vida profissional. As passagens de turno são uma oportunidade para discussão e análise das práticas. Constituem momentos de partilha de informações, onde se reflete/debate/clarifica algum aspeto sobre as recomendações e diretivas em vigor face a uma dada situação. Permitem não só, diagnosticar necessidades formativas na área da ESIP, como fazer formação informal em serviço, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Apesar destas vantagens, os contextos estão a praticar cada vez mais, uma passagem de turno individual, supostamente pelo fator tempo, dado que se sobrepõe à mais valia que a passagem em conjunto traz para todos os profissionais, doentes e serviço em si. No estágio, só o contexto da urgência pediátrica praticou a passagem de turno coletiva, tendo sido as passagens de turno, momentos ricos em reflexões e decisões conjuntas.

Em suma, considero ter alcançado as competências do domínio da formação, no sentido em que identifiquei, em todos os contextos, algumas necessidades formativas da prática clínica, que as refleti com as enfermeiras tutoras, proporcionei momentos de discussão, partilha e reflexão entre a equipa, contribuindo desta forma para o crescimento pessoal e profissional dos pares, promovi uma sessão de formação em serviço e uma sessão de formação aos pais, que além de resultarem num ganho em conhecimentos na área, me

permitiram aprofundar competências no âmbito da comunicação formal para assistências especializadas e público em geral, e desenvolver conhecimentos e habilidades no planeamento de sessões de formação, com todas as etapas que lhe estão inerentes.

## COMPETÊNCIAS

- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

## Objetivos

- *Desenvolver competências de reflexão crítica sobre a prática especializada de Enfermagem;*
- *Promover o meu projeto de formação pessoal e profissional.*

## Atividades/Reflexão Crítica

A componente prática é um período privilegiado e de forte relevância na formação do Enfermeiro Especialista, pressupondo que se estabeleça uma relação teórico-prática consistente e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas, éticas e culturais na prestação de cuidados especializados à criança/família. Esta metodologia requer que o enfermeiro tenha uma participação ativa no seu processo formativo, desenvolva o pensamento crítico, capacidade de trabalhar em equipa e reflexão acerca das vivências/experiências, motivações e necessidades sentidas na prática. A reflexão representa um procedimento essencial, para a interação entre a teoria e a prática.

Os diferentes contextos de estágio foram ricos em oportunidades de aprendizagem, permitindo a **mobilização de conhecimentos adquiridos na componente teórica do Curso**, para o desenvolvimento de uma prática de qualidade, segura e baseada na evidência. Os conteúdos lecionados e estudados nas UC teóricas do Curso, nomeadamente a temática da comunicação, da parceria de cuidados, da avaliação da família e dinâmicas familiares, os cuidados centrados no desenvolvimento do neonato, foram de primordial importância para sustentar as minhas atitudes e atividades durante a prática clínica. Assim, antes do início do estágio nos vários contextos, e ao longo do decorrer dos mesmos, **realizei revisão de conteúdos e conceitos** necessários para compreender e aplicar na prática clínica especializada. **Refleti** e revi regularmente **as minhas atitudes e intervenções** na prática clínica e **confrontei-as com a evidência científica através de pesquisa bibliográfica mais**

***aprofundada e sistemática.* Aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem** no decorrer do estágio, assumindo sempre uma postura atenta, interessada, participativa e interventiva, quando oportuno. Para além de prestar cuidados, às crianças que estavam sob minha (e da tutora) responsabilidade, tentei também, aprender e colaborar com os outros enfermeiros da equipa, nas diversas situações existentes, **otimizando todas as oportunidades de aprendizagem e de partilha de experiências e conhecimentos.**

A autoformação proporciona, de igual forma, um desenvolvimento pessoal e profissional com crescimento na área de interesse, conferindo mais responsabilidade e autonomia nas intervenções prestadas (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Foi pela necessidade de saber mais para melhorar a minha prática diária, que ingressei neste Curso de Formação Especializada em Enfermagem Pediátrica.

Sendo a Enfermagem uma profissão que tem como foco da sua área de intervenção a pessoa, surgem diariamente no quotidiano da enfermagem, uma multiplicidade de situações que torna imperativa a aprendizagem ao longo da vida do enfermeiro, com vista à excelência dos cuidados. Como qualquer ciência, não é estática, e a evolução do seu domínio técnico-científico é permanente, pelo que a formação tem de ser contínua, num paradigma de formação ao longo da vida e de reflexão sobre a ação.

Evocando esta premissa, procurarei manter uma **constante reflexão crítica da prática especializada**, que com as ferramentas que este Curso de Mestrado me proporcionou, me irão permitir continuar a desenvolver o meu projeto formativo, contribuindo para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica e simultaneamente atingir a excelência dos cuidados.

Assumo assim, a **responsabilidade sobre o meu contínuo processo de aprendizagem** e pela manutenção das competências adquiridas, procurando **a formação contínua** e as **oportunidades de formação na área da ESIP** ou em áreas necessárias para sustentar a minha prática profissional, numa atitude proativa, quer como formadora quer como formanda.

### **3.4 DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM**

É através da investigação que a disciplina e profissão de Enfermagem produz e renova continuamente o seu corpo de conhecimentos, permitindo o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência que, por sua vez, melhora a qualidade e segurança dos cuidados, otimizando os ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A investigação em enfermagem contribui para a visibilidade e reconhecimento da profissão.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista enuncia que o Enfermeiro Especialista deve ser “facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Ordem dos Enfermeiros, 2019), nomeadamente na identificação de necessidades formativas, na formação em contexto de trabalho, na gestão de programas e dispositivos formais, no desenvolvimento de competências dos enfermeiros e por fim na avaliação do impacto da formação (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

É da competência do enfermeiro especialista, alicerçar a sua prática na evidência científica através da investigação, assumindo-se como dinamizador de conhecimento novo. Enquanto especialista, poderá exercer um “papel” de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

## COMPETÊNCIAS

- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
- Participar e promover a investigação em serviço na área da saúde infantil e pediátrica.

## Objetivos

- *Compreender a importância da investigação para a profissão de Enfermagem;*
- *Aperfeiçoar competências na área da investigação em enfermagem;*
- *Desenvolver uma prática de cuidados à criança/família baseada na melhor evidência científica nos diferentes contextos de assistência.*

## Atividades realizadas/reflexão crítica

A Investigação em Enfermagem é uma ferramenta indispensável para os conhecimentos e competências diferenciadas e avançadas, que visam dar resposta às reais necessidades em saúde da pessoa alvo dos nossos cuidados.

A intervenção do EEESIP só faz sentido se estiver intimamente ligada à Investigação, que deve revelar conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes (Ordem dos Enfermeiros, 2019). No início do estágio, em cada contexto, **revi os conteúdos teóricos aprendidos nas unidades curriculares** correspondentes ao primeiro

ano do Curso e complementei com a **leitura adicional de artigos científicos** adequados a cada contexto, de forma a **prestar cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes, fundamentados na melhor evidência científica existente.**

Os enfermeiros têm o dever de contribuir para a investigação, na medida em que são eles quem observa as respostas humanas à saúde e à doença (Hockenberry & Wilson, 2014). A Prática Baseada na Evidência (PBE) é definida como uma ferramenta importante para complementar o processo de enfermagem, utilizando o pensamento crítico para a tomada de decisão, com base no conhecimento existente (Hockenberry & Wilson, 2014). Ao longo do estágio, **efetuei pesquisa bibliográfica de forma sistemática e pertinente na área da ESIP** utilizando métodos de pesquisa adequados, dirigida às necessidades e oportunidades encontradas, de forma a **exercer uma prática de qualidade, segura e baseada na evidência.** As principais áreas temáticas pesquisadas foram: desenvolvimento infantil, programa nacional de saúde infantil e juvenil, plano nacional de vacinação, prematuridade e cuidados centrados no desenvolvimento, ventilação invasiva e não invasiva, Triagem de Manchester, entre outras.

No contexto da Neonatologia, apercebi-me que o leite materno é alvo de um procedimento de congelação como medida preventiva da diminuição da probabilidade de transmissão pós-natal do citomegalovírus, prévio à sua administração. Este procedimento é baseado num protocolo da sociedade portuguesa de neonatologia, em que a esterilização do leite de mães de RNMBP seropositivas pode evitar a transmissão pós-natal do vírus, se pasteurização a 72° C durante 10s seguido de congelamento a -20°C durante 3 dias) aos RN com idade gestacional inferior a 32 semanas e/ou com muito peso ao nascimento inferior a 1500gramas, filhos de mães seropositivas (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2007). No entanto, o serviço decidiu alargar este protocolo a todos os RNPT ou RN com muito baixo peso ao nascimento, independentemente da condição materna. Esta condição, faz com que muitas vezes, os RN tenham que ser alimentados com leite de fórmula, em substituição do leite materno, que apesar da mãe ter conseguido extrair, está ainda sob o tempo de congelação alvo e não lhes pode ser administrado. Após a pesquisa bibliográfica, constatei que as recomendações atuais são variáveis e pouco diretivas, deixando nalguns casos ao critério individual dos serviços. Dado os benefícios do leite materno e as opiniões tão divergentes, surgiu-me a questão: será que o risco baixo de doença grave justifica a restrição da alimentação com colostro e leite materno no RNPT ou muito baixo peso? Interroguei-me também sobre o efeito que a congelação do LM pode ter sobre os seus componentes e benefícios. Esta situação crítica permitiu-me **identificar uma lacuna no conhecimento e**

**uma oportunidade de pesquisar sobre o que há de evidência nesta área**, no entanto, o facto deste estágio ter uma duração curta, levou-me a ter que adiar esta pesquisa mais estruturada, sendo meu objetivo realizá-la a curto prazo e partilhar com a equipa de enfermagem do serviço as conclusões inerentes.

O EEESIP deve desenvolver competências na pesquisa científica e no fornecimento de bases de consulta fidedigna, atualizada e que sejam referência essencialmente para a área da saúde infantil e pediátrica, de forma a poder contribuir para o aumento de conhecimentos no seu campo de intervenção, e melhorar a qualidade dos cuidados prestados à criança/família.

No decorrer deste percurso de aprendizagem foi-me possível aprofundar e desenvolver conhecimentos e práticas, colocando o foco na evidência científica, ou seja, na análise e interpretação de conceitos, teorias, modelos, artigos, entre outros. A reflexão é uma ferramenta fundamental no desenvolvimento de conhecimentos e práticas de enfermagem especializada, sendo de vital importância para a aquisição e manutenção de competências. **Refleti de forma crítica sobre a prática**, partilhando as minhas inquietações, dúvidas e por vezes sugestões de melhoria, com as minhas enfermeiras tutoras e também com algumas enfermeiras especialistas em SIP dos diversos serviços, procurando a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados.

Demonstrei **conhecimento sustentado nos resultados da investigação científica**, sendo um exemplo concreto, a **realização da revisão da literatura** sobre “Brincar e o desenvolvimento infantil dos 0 aos 3 anos”, que se encontra em anexo neste relatório (Apêndice V). Esta revisão surgiu pela necessidade de aprofundar e atualizar a temática da sessão de formação de pais que elaborei e apresentei e que faz parte do projeto “encontro de pais” da UCC, de modo a fundamentá-la na evidência científica, para perceber, quais as diferentes formas de brincar e como estas podem estimular o desenvolvimento infantil nos primeiros 3 anos de vida, permitindo obter conhecimentos sobre algumas estratégias potenciadoras de um maior e melhor desenvolvimento do bebé, no sentido de orientar os pais sobre o tipo de brincadeiras mais adequadas. A realização desta revisão permitiu-me **aprofundar conhecimentos e habilidades na área da investigação**, nomeadamente a formulação de uma questão de investigação clara e objetiva, a pesquisa em bases de dados, a análise e tratamento dos dados e a sistematização dos resultados encontrados de forma a poderem ser transferidos para a prática de cuidados.

Espera-se que o EEESIP tenha um olhar abrangente e crítico sobre a prática, percebendo as necessidades de investigação e de conhecimento, de modo a fundamentar e dar mais

robustez aos cuidados prestados. Penso que a realização de todas as atividades aqui expostas, demonstram que compreendi as implicações e a necessidade da investigação para uma prática baseada em evidência. A reflexão constante sobre a prática, permite-nos identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, que contribuem para o conhecimento novo e o desenvolvimento da Enfermagem.



## CONCLUSÃO

A elaboração deste Relatório, foi resultante de uma descrição e análise estruturada e das aprendizagens e experiências vividas, no decurso do Estágio da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, do Curso de Mestrado com especialização em ESIP. Retrata todo o percurso formativo, através de uma reflexão aprofundada e contínua sobre as atividades desenvolvidas, as experiências relevantes, as dificuldades e os obstáculos que surgiram, e as estratégias adotadas para que estas fossem ultrapassadas.

Ao longo deste percurso demonstrei conhecimentos na área de ESIP aplicando-os nas situações vivenciadas nos diferentes contextos da prática. Face a situações novas e não familiares, nomeadamente na Urgência Pediátrica e na Neonatologia, mobilizei estes conhecimentos e capacidades, para a compreensão e resolução das questões complexas que surgiram e que implicaram uma tomada de decisão devidamente fundamentada, tendo sempre em consideração as questões éticas e sociais, respeitando as convicções e crenças da criança e família. Analisei os problemas da prática, demonstrando capacidade crítica e argumentativa, partilhando a minha opinião com os pares, devidamente fundamentada. Procurei dar o meu contributo para a melhoria dos cuidados, partilhando as minhas reflexões, conhecimentos e raciocínios, incentivando a reflexão conjunta e influenciando à investigação e formação, de modo a fomentar uma prática baseada na evidência. As sessões de formação que realizei, foram oportunidades para comunicar as conclusões da minha pesquisa bibliográfica, de forma clara, tanto às famílias como aos enfermeiros. Demonstrei ainda, capacidade de adaptação na realização das atividades, para atingir os objetivos específicos a que me propus e os objetivos gerais deste ciclo de estudos, de forma a conseguir a aquisição das referidas competências.

Transversal a todos os contextos do estágio, a minha prestação de cuidados especializa dos teve como principal enfoque promover o desenvolvimento infantil, o estabelecer uma parceria de cuidados com a criança e família, a promoção da parentalidade, a comunicação eficaz com a criança e família, a gestão da dor, e a capacidade de dar resposta a situações complexas e inesperadas de forma eficaz e fundamentada.

A realização do Estágio e a elaboração deste Relatório, permitiram-me também, perceber em pormenor, as inúmeras atividades e atribuições que o EEESIP pode assumir nos diferentes domínios da Enfermagem e refletir criticamente sobre as mesmas. Além do

domínio da prestação de cuidados, a responsabilidade e a atuação do EEESIP, estende-se a domínios igualmente importantes e fundamentais para concretizar o vasto conjunto de competências comuns e especializadas que detém. No domínio da gestão, o EEESIP, para além da gestão de cuidados e recursos, tem competências na coordenação da equipa/responsável de turno, sendo reconhecido como líder e supervisor do exercício profissional. No domínio da formação, tem a responsabilidade de identificar as necessidades formativas na área da ESIP e ser um elemento dinamizador da formação em serviço com o objetivo de melhorar comportamentos e práticas. Por último, como agente ativo campo da investigação, na procura permanentemente da evidência que permite a melhoria dos cuidados prestados, e uma prática de excelência. Em todos estes domínios, tive oportunidade de desenvolver e adquirir competências que contribuíram para melhorar o meu desempenho na prática, conferindo uma maior perícia, qualidade e segurança na assistência à criança e família.

A realização deste Estágio, permitiu-me alicerçar e aprofundar conhecimentos e competências prévias ao Curso, mas acima de tudo adquirir e desenvolver muitas outras, essenciais para a minha evolução como pessoa, e como profissional, melhorando não só a minha prestação de cuidados, como também a minha mestria na investigação e formação contínua, na procura da excelência dos cuidados. A componente teórica do curso, foi fundamental neste processo de aprendizagem e sustentou a minha prática clínica, em todos os contextos de estágio e na minha atividade profissional. Este percurso formativo não é um fim, mas sim um contínuo e interminável caminho de aprendizagens, que continuarei a ter que fazer, sendo proativa na procura dos conhecimentos mais atualizados para fundamentar a qualidade das minhas práticas.

Considero assim, que consegui atingir os objetivos a que me propus no início do Estágio, e que me permitiram adquirir e desenvolver as competências preconizadas, tornando-me mais competente, na prestação de cuidados de enfermagem avançada a todas as crianças e famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Als, H. (2012). Program guide. Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP). An education and training program for health care professionals. *National NIDCAP Training Center*. Obtido de <http://nidcap.org/wp-content/uploads/2014/09/Program-Guide-Rev-22Sep2014.pdf>
- Anjo, C. (2020). *Fatores que influenciam a ida desadequada de crianças à urgência: revisão sistemática*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra.
- Armelin, C., Wallau, R., Sarti, C., & Pereira, S. (2018). A comunicação entre profissionais de saúde e a criança hospitalizada. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(2), pp. 45-54. doi:10.7322/jhgd.19757
- Associação Nacional de Intervenção Precoce. (2018). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância. Um Guia para Profissionais*. Coimbra.
- Baetson, P. (2015). Ludicidade e criatividade. *Atual Biol.*, 25.
- Barbosa, I., & Silva, M. (2017). Cuidado de enfermagem por telessaúde: qual a influência da distância na comunicação? *Rev. Bras. Enfermagem*, 70(5). doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0142>
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa ed.). Coimbra: Quarteto Editora. doi:ISBN 972-8535-97-X
- Bento, M., Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2020). A Criança-Família. Da centralidade dos cuidados à relação de parceria. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), pp. 276-282. Obtido de <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Berté, C., Ogradowski, K., Zagoneli, P., Tonin, L., Favero, L., & Almeida, R. (2017). Brinquedo terapêutico no contexto da emergência pediátrica. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(3). Obtido de <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20378>

- Biscaia, A., & Heleno, L. (março de 2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. 22(3). Obtido de <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Branco, A., & Ramos, V. (2001). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. (R. P. Pública, Ed.) Obtido de <http://hdl.handle.net/10362/15293>
- Bronferbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artmed.
- Cabete, C. (2014). *Gestão da emocionalidade de pais de recém-nascidos de risco - uma dimensão da relação de cuidados de enfermagem*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Caetano, R., Silva, A., Guedes, A., Paiva, C., Ribeiro, G., Santos, D., & Silva, R. (2020). Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, 36(5). doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>
- Carper, B. (outubro de 1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. 1(1), pp. 13-23. doi:10.1097/00012272-197810000-00004
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. Em E. Gasper, & A. Tucker, *Advances of childhood nursing*. Londres: Security Press.
- Chora, M. (2020). O lactente. Em A. Ramos, & M. Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 136-146). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Colégio da Especialidade de ESIP. (25 de Novembro de 2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido em 3 de Novembro de 2020, de Ordem dos Enfermeiros: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)
- College of Emergency Nursing Australasia. (2009). *Position statement - triage nurse*. Obtido de <https://www.cena.org.au/public/118/files/Position%20Statements/CENA->
- Collière, M. (2000). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.
- Coughlin, M. (2016). *Trauma-Informed Care in the NICU. Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians*. Nova Iorque: Spring Publishing Company. doi:ISBN 9780826131966

- Cruz, A., Fontes, F., & Carvalho, M. (2003). *Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: resultados da aplicação da escala ESFIP*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- Cunha, I., & Oliveira, C. (2007). Infância e desenvolvimento. pp. 31-41. Obtido de [http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/910/2/Cad6\\_InfanciaDesenvolvimento.pdf](http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/910/2/Cad6_InfanciaDesenvolvimento.pdf)
- Damião, M. (2019). *Stress da criança em idade pré-escolar em contexto de urgência: foco de atenção do enfermeiro especialista*. Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Desai, P., & Pandya, S. (2013). Communicating with children in healthcare settings. *80*(12), pp. 1028-1033. doi:<https://link.springer.com/article/10.1007/s12098-013-0969-z>
- Diário da República. (2014). Decreto-Lei nº 118/2014.
- Diário da República. (2017). Decreto-Lei nº 73/2017.
- Diário da República. (2019). Decreto-Lei nº 71/2019.
- Diaz, Z., Fernandes, S., & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(3), pp. 85-93. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIII12134>
- Diogo, P., Vilela, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica. *Pensar Enfermagem*. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/23729>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *13*. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a06.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (14 de junho de 2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.
- Direção-Geral da Saúde. (14 de dezembro de 2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças.

- Direção-Geral da Saúde. (23 de maio de 2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Obtido de [https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient\\_018\\_2011.pdf](https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos).
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias).
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma nº010/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.
- Direção-Geral da Saúde. (30 de dezembro de 2014). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (6 de agosto de 2015). Medicamentos de alerta máximo. Obtido de [https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Agosto/Norma\\_014\\_2015.pdf](https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Agosto/Norma_014_2015.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar.
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. *Norma 002/2018*.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Programa Nacional para a Saúde da Visão - Revisão e Extensão.
- Elliot, M., & Liu, Y. (2010). The nine rights of medication administration: an overview. (B. J. Nursing, Ed.) *19*(5), pp. 300-305.
- Enke, C., Hausmann, A., Miedaner, F., Roth, B., & Woopen, C. (2016). Communicating with parents in neonatal intensive care units: the impact on parental stress. *Patient Education and Counseling*, pp. 710-719. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.017>
- Fernandes, B. (2011). *A organização das unidades de cuidados na comunidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho.

- Fernandes, N., & Silva, E. (2015). Parents' experience during the hospitalisation of the preterm infant. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), pp. 107-115. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV14032>
- Ferracioli, G., Oliveira, R., Souza, V., Teston, E., Varela, P., & Costa, M. (2020). Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar. (R. E. Foco, Ed.) 11(1), pp. 15-20.
- Figueiredo, A., Almeida, V., Christoffel, M., Andrade, M., & Melo, I. (2021). Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com asfíxia perinatal submetido à hipotermia terapêutica: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 10(1). doi:<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11893>
- Freitas, B., & Voltani, S. (2016). Brinquedo terapêutico em serviço de urgência e emergência pediátrica: revisão integrativa de literatura. *Cogitare Enfermagem*, 21(1), pp. 01-08. Obtido de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40728/27245>
- Freitas, C. (2018). *Gestão em enfermagem: o perfil de competências*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ghadery-Sefat, A., Abdeyazdan, Z., Badiie, Z., & Zargham-Boroujeni, A. (2016). Relationship between parent-infant attachment and parental satisfaction with supportive nursing care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(1), pp. 71-76. doi:<https://doi.org/10.4103/1735-9066.174756>
- Goh, P., Ser, T., Cooper, S., Cheng, L., & Liaw, S. (2020). Nursing teamwork in general ward settings: A mixed-methods exploratory study among enrolled and registered nurses. (J. o. Nursing, Ed.) 29(19-20), pp. 3802-3811.
- Goldstein, J. (2012). *Play in children's development, health and well-being*. Bruxelas: Toy Industries of Europe. Obtido de <https://www.toyindustries.eu/wp-content/uploads/2010/11/Play-in-childrens-development-health-and-well-being-final.pdf>
- Gomes, G., & Erdmann, A. (2005). O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26(1).
- Gomes, J., Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cabral-Cardoso, C., & Marques, C. (2008). Gerindo a entrada e o relacionamento: acolhimento, socialização e retenção. Em M.

- Robalo, *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano* (pp. 321-369). Lisboa: Edições Sílabo.
- Gomes, N., Maia, E., & Varga, I. (abril de 2018). Os benefícios do brincar para a saúde das crianças: uma revisão sistemática. *Arq. Ciênc. Saúde*, 25(2), pp. 47-51. doi:doi.org/10.17696/2318-3691.25.2.2018.867
- Halder, P., Debabrata, B., & Arindam, B. (2015). Developmentally supportive care in neonatal intensive care unit (NICU): a review. *Indian Journal of Medical Research and Pharmaceutical Sciences*, 2(2). Obtido de [https://www.academia.edu/10670391/DEVELOPMENTALLY\\_SUPPORTIVE\\_CARE\\_IN\\_NEONATAL\\_INTENSIVE\\_CARE\\_UNIT\\_NICU\\_A\\_REVIEW](https://www.academia.edu/10670391/DEVELOPMENTALLY_SUPPORTIVE_CARE_IN_NEONATAL_INTENSIVE_CARE_UNIT_NICU_A_REVIEW)
- Healey, A., & Mendelsohn, A. (2019). Seleccionando brinquedos apropriados para crianças pequenas na era digital. *Pediatrics*, 143(1).
- Hinojosa, J., & Kramer, P. (2008). *Brincar na terapia ocupacional para crianças*. St Louis: Parham LD, Fazio LS, editores.
- Hockenberry, M. (2014). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 49-71). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hummel, P., Lawlor-Klean, P., & Weiss, M. (2010). Validity and reliability of the N-PASS assessment tool with acute pain. *J Perinatol*, 30(7), pp. 474-478.
- Instituto de Apoio à Criança. (1988). Carta da Criança Hospitalizada.
- Instituto de Apoio à Criança. (março de 2009). Boletim do centro de estudos e documentação sobre a infância. (13).
- Joint Commission International. (2017). Accreditation Standards for Hospitals. Obtido de <https://www.jointcommissioninternational.org/jci-accreditationstandards-for-hospitals-6th-edition/>
- Jorge, L. (2014). *Intervenção Precoce no Jardim de Infância*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior Almeida Garrett, Lisboa.

- Koşkulu, S., Küntay, A., Liszkowski, U., & Uzundag, B. (agosto de 2021). Number and type of toys affect joint attention of mothers and infants. *Infant Behavior and Development*, 64. doi:<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2021.101589>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed, Editora SA. doi:ISBN 978-85-363-0129-7
- Leal, L., Henriques, S., Brito, L., Celestino, L., Ignácio, D., & Silva, A. (2019). Modelos de atenção à saúde e sua relação com a gestão de enfermagem hospitalar. (R. E. UERJ, Ed.) (27), pp. 1-5.
- Leite, L. (2006). O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento Profissional. *II Congresso da Ordem dos Enfermeiros - Um Novo Paradigma de Desenvolvimento Profissional: valorização do Percurso e Competências*.
- Lima, E., Souza, V., & Silva, E. (2022). Análise crítica da aplicação da telessaúde no campo da enfermagem na atenção primária à saúde durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19. *APS em Revista*, 4(2), pp. 104-121.
- MacDonald, M., & Seshia, M. (2018). *Avery neonatologia, fisiopatologia e tratamento do recém-nascido* (7ª ed.). Guanabara Koogan.
- Martinez, E., Tocantis, F., & Souza, S. d. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), pp. 37-44. doi:<https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000100005>
- Martins, M., & Fernandes, P. (2010). O Gestor de Caso: aplicabilidade do conceito. *Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco*.
- Mattos, J., & Balsanelli, A. (2019). A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. (R. d. Foco, Ed.) 10(4), pp. 164-171.
- McWilliam, P. (2003). Repensar a avaliação. Em P. McWilliam, P. Wilton, & E. Crais, *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família. Coleção Educação Especial* (pp. 66-79). Porto: Porto Editora.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

- Melo, E., Ferreira, P., Lima, R., & Mello, D. (Maio-Junho de 2014). Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 22(3).
- Menashe-Grinberg, M., & Atzaba-Poria, N. (outubro de 2017). Mother-child and father-child play interaction: the importance of parental playfulness as a moderator of the links between parental behavior and child negativity. *Infant Mental Health Journal*, 38(6). doi:10.1002/imhj.21678
- Mendes, M., & Martins, M. (2011). La experiencia de las madres en la participación del cuidado de sus hijos hospitalizados. *Enfermería Clínica*, 21(6), pp. 338-343. doi:<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.07.009>
- Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), pp. 113-121. Obtido de <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239965015.pdf>
- Ministério da Saúde. (4 de setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Decreto-Lei nº161/96*. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei nº38/2008. *Diário da República*, pp. 1182-1189.
- Ministério da Saúde. (5 de dezembro de 2008). Despacho 31292/2008.
- Ministério da Saúde. (6 de outubro de 2009). Decreto-Lei nº281/2009.
- Ministério da Saúde. (11 de agosto de 2014). Despacho nº 10319/2014.
- Monteiro, A., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas. doi:ISBN 978-989-752-344-1
- Moore, T., Arefadib, N., Deery, A., Keyes, M., & West, S. (2017). Os primeiros mil dias: um documento de evidência. *Centro de Saúde Infantil Comunitária*.
- Moreno, M. (2016). Supporting Child Play. *JAMA Pediatrics*, 170(2), p. 184. doi:<https://doi.org/10.1001/JAMAPEDIATRICS.2015.2505>
- Nandy, A., Nixon, E., & Quigley, J. (agosto de 2020). Parental toy play and toddlers' socio-emotional development: The moderating role of coparenting dynamics. *Infant Behavior and Development*, 60. doi:<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101465>

- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M., & Cardoso, M. (Fevereiro de 2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), pp. 505-510. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Nascimento, W., Silva, L., Dias, M., Brito, M., & Neto, J. (2017). Cuidado da equipe de enfermagem na emergência pediátrica: revisão integrativa. *Sanare, Sobral*, 16(1), pp. 90-99. Obtido de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1099/610>
- Nicolau, M., & Glazebrook, C. (2008). Emotional support for families of sick neonates. *Paediatrics and Child Health*, 18(4), pp. 196-199.
- NIDCAP Federation International. (2023). *NIDCAP: Programa de avaliação e cuidados de desenvolvimento individualizado para recém-nascidos*. Obtido de <https://nidcap.org/professionals/supports-for-nursery-change/nidcap/>
- Nijhof, S., & al, e. (2018). Healthy play, better coping: The importance of play for the development of children in health and disease. *Neurosci Biobehav Rev*, 95, pp. 421-429. doi:10.1016/j.neubiorev.2018.09.024
- Oliveira, S. (2021). *Elementos facilitadores do processo de comunicação na prestação de cuidados de saúde em contexto pediátrico: uma revisão scoping*. Escola Superior de Saúde de Viseu, Politécnico de Viseu. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.19/7014>
- ONU, A. G. (1989). *Convenção sobre os direitos da criança*. Obtido de <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de setembro de 2005). Código Deontológico do Enfermeiro.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Sistema de Informação de Enfermagem - Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 1(3).
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos OE*, 6.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. (G. O. - C. OE, Ed.) 1(8). Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadedpositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de setembro de 2015). Lei nº 156/2015. *Código Deontológico*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de setembro de 2015). Lei nº156/2015. *Código Deontológico*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadrosqualidadecuidadosespecializadosenfermagemsaudedecriancajovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Regulamento nº422/2018 de 12 de julho*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Regulamento nº422/2018 de 12 de julho*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 429/2018.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº422/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, pp. 19192-19194.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento nº140/2019*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (D. d. República, Ed.) Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (D. d. República, Ed.) Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento nº140/2019*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista.
- Paes, M., & Maftum, M. (2013). Comunicação entre equipe de enfermagem e pacientes com transtorno mental em um serviço de emergência. *12*(1), pp. 55-62. Obtido de <https://pdfs.semanticscholar.org/5f1a/70065270a4744e02c7de2a724248353b35b3.pdf>
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Oliveira, A. S. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. (I. J. Health, Ed.) *18*(4).

- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work methods for nursing care delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4).
- Pereira, M. (2012). *A necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Pinto, F., & Ferronha, A. T. (2011). As Equipas Locais de Intervenção Precoce ELI Porto Ocidental. *Nascer e Crescer - Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 20(3), pp. 166-172. Obtido de [https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1279/1/19\\_XXIII-Reuniao-2\\_20-3.indd.pdf](https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1279/1/19_XXIII-Reuniao-2_20-3.indd.pdf)
- Potra, T. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Prata, H. (2013). *Cuidar da Criança e da Família em Situação Crítica numa Unidade de Urgência Pediátrica - Contributo do Enfermeiro Especialista*. Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Quinn, S., & Kidd, E. (maio de 2018). Symbolic play promotes non-verbal communicative exchange in infant–caregiver dyads. *British Journal of Developmental Psychology*. doi:<https://doi.org/10.1111/bjdp.12251>
- Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O recém-nascido pré-termo. Em A. Ramos, & M. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 118-134). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido Pré-termo. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas. doi:ISBN 978-989-752-344-1
- Regulamento nº422/2018 de 12 de Julho. (2018). Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2ª Série*(nº 133), pp. 19192-19194. Obtido em 07 de 09 de 2020, de <https://dre.pt/application/file/a/115685317>

- Ribeiro, R., Vinolas-Prat, B., Gomes, A., & Morais, R. (2018). Relação entre práticas parentais e marcas do desenvolvimento motor no primeiro ano de vida. *Res Pesq Fisio*, 8(3). doi:10.17267/2238-2704rpf.v8i3.1836
- Ruiz, N., Piskernik, B., Witting, A., Fuiko, R., & Ahnert, L. (2018). Parent-child attachment in children born preterm and at term: A multigroup analysis. *PLoS ONE*, 13(8), pp. 1-14. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202972>
- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*, 20(1). Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.16/705>
- Santos, J., Pearce, S., & Stroustrup, A. (2015). Impact of hospital-based environmental exposures on neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *Current Opinion in Pediatrics*, 27(2), pp. 254-260. doi:<https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000190>
- Santos, K., Martinez, E., Azevedo, M., Carmo, S., & Dias, R. (2021). Informações transmitidas às famílias das crianças na emergência na perspectiva da enfermagem. *Revista de Pesquisa cuidado é fundamental*, 12. doi:<https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7994>
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários - UCC Inovar*. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10029/1132456/Pages/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). *ACES Porto Ocidental - UCC Boavista*. Obtido de <https://acesportoocidental.org/pt/ucc-boavista>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). *SCLínico - Cuidados de Saúde Hospitalares*. Obtido de <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar>
- Silva, A. (2009). *Triagem de Prioridades - Triagem de Manchester*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Silva, C., Peixoto, R., & Batista, J. (2011). A influência da liderança na motivação da equipe. (R. E. Enfoque, Ed.) 13(13).
- Silva, M. (2017). *Método de trabalho de Enfermeiro Responsável: Melhoria da Qualidade*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

- Silva, R. (2005). Cuidados voltados para o desenvolvimento do pré-termo na UTI Neonatal. Em *Avanços em Perinatologia*.
- Simeonsson, R., & Bailey. (1990). Family dimensions in early intervention. Em S. Meisels, & J. Shonkoff, *Handbook of early childhood intervention* (pp. 428-444). Cambridge: University Press.
- Skaug, S., Englund, K., Saksvik-Lehouillier, I., Lydersen, S., & Wichstrøm, L. (2018). Parent-child interactions during traditional and interactive media settings: A pilot randomized control study. *Psychol.* doi:<https://doi.org/10.1111/sjop.12420>
- Sobrinho, A., Bernardo, J., Alexandre, A., Leite, Salgueiro, C., & Oliveira, V. (2018). Liderança do Enfermeiro: Reflexões sobre o papel do enfermeiro no contexto hospitalar. (R. M. Psicologia, Ed.) *12*(41), pp. 693-710.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2007). *Protocolos de diagnóstico e Terapêutica em Infecçologia Perinatal*. Porto: Angelini Farmacêutica.
- Sousa, A. (2013). *A segurança do paciente: contributo da comunicação na passagem de turno para a qualidade dos cuidados*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Souza, J. (2014). *Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I*. Tese, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- StGeorge, J., Wroe, J., & Cashin, M. (2018). O conceito e a medição das brincadeiras estimulantes dos pais: uma revisão. *Attachment & Human Development*, *20*(6), pp. 634-658. doi:[10.1080/14616734.2018.1465106](https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1465106)
- Tamez, R. (2017). *Enfermagem na UTI Neonatal - assistência ao recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Tavares, P. (2008). *Acolher brincando - a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Universidade Católica do Porto, I. (2020). Mestrado de Enfermagem. *Documento para orientação dos alunos*, 1-2. Porto: s.n.

- Vaz, F., & Trigo, R. (2020). A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas. doi:ISBN 978-989-752-344-1
- Waldow, V. (2015). Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(1), pp. 13-25. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc>
- Watchman, T., & Spencer-Cavaliere, N. (2017). Os tempos mudaram: Perspectivas dos pais sobre brincadeiras e esportes livres para crianças. *Psychol Sport Exerc*, 32, pp. 102-112.
- Wong, D. L., Araújo, C. L., Ahmann, E., & Cabral, I. E. (1999). *Whaley & Wong: Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group. (2018). Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>



# APÊNDICES



## **APÊNDICE I – Caracterização dos contextos do Estágio**



## **Serviço de Urgência Pediátrica**

Sendo classificada como um SUPP, o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, deve oferecer uma resposta de proximidade à população da sua área. O principal objetivo do SUP é a prestação de cuidados urgentes e inadiáveis às mais de 100.000 crianças/jovens até aos 17 anos e 364 dias, pertencentes à área geográfica à qual o SUPP presta assistência, com situações de doença ou trauma grave, em atendimento primário ou referenciadas (Ministério da Saúde, 2014), com capacidade de corresponder às especificidades inerentes à condição de criança, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento e a sua família.

As crianças podem dirigir-se autonomamente ao Serviço de Urgência ou ser referenciadas pelos Cuidados de Saúde Primários, CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes), Linha Saúde 24, entre outros. Articula-se com outros centros hospitalares, quando são necessárias valências não providenciadas pelo hospital, como por exemplo Cuidados Intensivos Pediátricos.

A equipa de enfermagem é composta por 24 enfermeiros, dos quais 20 são EEESIP e divide-se em 5 equipas fixas de 4 elementos cada uma. Fora destas equipas está a enfermeira gestora que tem a especialidade de reabilitação e uma enfermeira coordenadora, que lhe faz assessoria na gestão do serviço, nas manhãs dos dias úteis. Todas as equipas têm definido um enfermeiro responsável de equipa, que é sempre um EEESIP, com mais tempo de especialidade. Se esse enfermeiro estiver em turno com a sua equipa, é também o responsável de turno. Se fizer troca do horário, integra outra equipa que não a sua, deixa de desempenhar a função de chefe de equipa, mas pode continuar a ser o responsável de turno. A restante equipa multidisciplinar inclui três médicos: dois especialistas e pelo menos um interno da especialidade (o número de internos da especialidade e do ano comum é variável), assistentes técnicos e dois assistentes operacionais por turno.

O método de trabalho é o individual e cada elemento da equipa é alocado a uma das quatro áreas de atendimento: área de observação do serviço de urgência (OBS), triagem, área respiratória e área não respiratória. A sala de emergência é da responsabilidade do enfermeiro que está na área não respiratória. O método de trabalho individual, caracteriza-se pela responsabilidade individual do Enfermeiro pelas tomadas de decisão sobre os cuidados a serem prestados aos seus clientes, espelhando-se na descentralização da tomada

de decisão e autorização em dirigir as ações de outros que o substituem na sua ausência (Silva M. , 2017).

Tive oportunidade de constatar que os registros de enfermagem são realizados no sistema ALERT®, mas que em muito poderiam beneficiar, se os registros de enfermagem das crianças internadas em OBS pudessem ser realizados no SClínico® porque permitiam a documentação da avaliação inicial da criança/família e consequente elaboração do Processo de Enfermagem.

As instalações físicas são muito recentes, dois anos sensivelmente, de uma estrutura nova e feita de raiz, autónoma à urgência geral, mas no entanto adjacente à mesma, o que permite que hajam entradas diretas da urgência pediátrica para os consultórios médicos das especialidades médicas do SU de adultos, evitando assim, a circulação da criança na urgência geral. O espaço físico ainda estava condicionado, por precaução relacionada com a infeção por SARS-CoV-2, tendo dois circuitos diferenciados após a saída da criança do gabinete de triagem. Existe uma sala de espera e sala de enfermagem destinada ao atendimento de crianças que apresentem sintomas respiratórios, com quatro cadeirões, uma cama, uma maca e uma casa de banho; outra sala de espera distinta com outra sala de atendimento de enfermagem com uma maca e um cadeirão, para crianças sem sintomatologia considerada critério para o circuito respiratório. Tem 5 gabinetes de observação médica, uma sala de OBS com 7 camas, sendo uma delas em área de isolamento e a sala de emergência. De salientar que o gabinete da enfermeira gestora se encontra fora do serviço, numa área contígua ao serviço de urgência de adultos, partilhada com enfermeiro gestor desse serviço. Existe um corredor de espera, com entradas distintas em gabinetes médicos do SU de adultos, para as situações em que a criança tem que ser observada por outras especialidades médicas (ortopedia, cirurgia, ORL) evitando assim, a entrada e a circulação da criança na urgência de adultos. Tinha também uma entrada exclusiva para o serviço de radiologia. Existem ainda as estruturas necessárias ao funcionamento do serviço (zona de sujos, casa de banho, arrumos e copa).

### **Serviço de Neonatologia**

O serviço de Neonatologia, tem como missão, a prestação de cuidados de grande complexidade a recém-nascidos que independentemente da idade gestacional se encontrem em situação de especial vulnerabilidade, seja por prematuridade ou doença.

A equipa de enfermagem é constituída por 50 enfermeiros, em que 34 são EEESIP. Esta equipa subdivide-se em 5 equipas com 9 ou 10 enfermeiros, em que um deles é o chefe da equipa e tendo que ter obrigatoriamente, a especialidade em SIP. A restante equipa multidisciplinar engloba pediatras, médicos internos da especialidade, assistentes operacionais (duas nos turnos da manhã e da tarde e uma no turno da noite) e uma assistente técnica.

O método de trabalho é o individual (enfermeiro responsável) em que é feita uma distribuição dos RN internados pelos enfermeiros (rácio de 1 enfermeiro 2 doentes na unidade de cuidados intensivos e na unidade de cuidados intermédios 1 enfermeiro para 3 ou 4 doentes), que prestam cuidados individualizados, existindo sempre entreajuda no seio da equipa. A filosofia do serviço é direcionada para a gestão diferenciada da dor, para a individualização dos cuidados ao RN e na parceria de cuidados com a família.

Estruturalmente, é constituída pela UCIN e pela UCEN, que dispõem de um total de 12 vagas cada uma. A UCEN é destinada a RN e RNPT, em situação de maior estabilidade hemodinâmica, que não requerem cuidados tão diferenciados e que na maior parte das vezes se encontram internados para aumento ponderal ou aquisição de autonomia alimentar. Duas vagas são em boxes de isolamento, podendo ser para cuidados intensivos ou cuidados intermédios. A restante estrutura física é composta por uma sala de trabalho para médicos, uma sala de luto, uma sala destinada à realização das ecografias transfontanelares, sala dos pais com sofás, mesas, máquinas de café e máquinas de comida rápida, sala do cantinho da amamentação e outras estruturas essenciais ao funcionamento do serviço.

Esta Unidade dispõe de recursos materiais, como incubadoras e ventiladores, altamente sofisticados, ecógrafos, equipamento para a hipotermia induzida (criticool®), um sistema de regulação térmica indicado para manter a temperatura corporal pré-estabelecida, tal como determinada por um médico, e a mais recente aquisição do serviço, uma máquina (carpe diem®) que oferece uma terapia de substituição renal contínua extracorporeal dedicada a pacientes de baixo peso e responde às necessidades do paciente mais frágil (peso entre 2,5 a 10 kg). Junto a cada incubadora/berço, existe um cadeirão, no entanto a presença dos pais após as 22h não é fomentada, pois estão restritos a um horário de visita, das 9h às 22h com interrupções de 1 hora para as passagens de turno. Se o domicílio for distanciado, é lhes dada a possibilidade de ficarem alojados na chamada “casa das mães”, um apartamento perto do hospital, com vários quartos destinado a essas situações.

## **Cuidados de Saúde Primários**

A UCC presta cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário na sua área de geográfica de intervenção, centrados na pessoa e respetiva família, ao longo do seu ciclo de vida e na comunidade (Serviço Nacional de Saúde, 2023). Desenvolve intervenções de promoção da saúde, prevenção da doença, gestão dos problemas de saúde e reabilitação e medidas de proteção a grupos vulneráveis, em situação de risco ou dependência física, funcional, ou mental que requeiram acompanhamento de proximidade (Serviço Nacional de Saúde, 2023). Esta unidade integra vários projetos e serviços, que têm um impacto positivo na melhoria dos cuidados à população da sua área geográfica, no domínio da Preparação para a Parentalidade, Intervenção Precoce na Infância, Saúde Escolar, Saúde Mental, Saúde Reprodutiva, Cuidados Continuados Integrados, Reabilitação e Fisioterapia, Saúde das Pessoas Idosas, NACJR, bem como diversos rastreios organizados pela equipa multidisciplinar em parceria com determinadas entidades do ACES.

Para implementar os vários programas e projetos, a UCC conta com uma equipa multidisciplinar constituída por: uma coordenadora (enfermeira), uma médica, doze enfermeiros, uma fisioterapeuta, um assistente técnico e duas assistentes operacionais, A equipa de enfermagem é composta por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, enfermagem de saúde mental, enfermagem de saúde comunitária, enfermagem de reabilitação e duas enfermeiras especialistas na área da saúde infantil e pediátrica.

No âmbito da Saúde Infantil, as atividades desenvolvidas decorriam da aplicação do PNSIJ dando resposta às situações de maus tratos através da colaboração na Rede Nacional de Apoio às Crianças e Jovens em Risco, da qual fazia parte a minha enfermeira tutora, tendo horas de trabalho destinadas e reuniões semanais às 3as e 5as feiras a avaliação e intervenção no âmbito do SNIPI, através da ELI, a qual tinha um gabinete de trabalho na UCC e onde estava a EEESIP que era coordenadora de uma das duas ELIs existentes na cidade do Porto, a realização do Rastreio Visual Infantil que era realizado também nas instalações da UCC, duas vezes no ano e das atividades desenvolvidas nas diferentes áreas de intervenção dos programas de apoio ao PNSE, as intervenções relativas às crianças com NSE com a equipa de saúde escolar, da qual fazia parte uma EEESIP e uma EEESM da UCC.

No âmbito da ESIP, a UCC tem em curso um projeto desde 2016, que visa programas de educação parental de apoio à parentalidade no período pré e pós-natal. Apesar de já terem estado envolvidas no curso pré-natal com a temática da amamentação e da segurança infantil, neste momento é uma área de ação exclusiva das EEESMO. O curso pós-natal é da responsabilidade das EEESIP, onde se aborda a transição para novos papéis e responsabilidade nas várias etapas no 1º ano de vida do bebé e a partilha de experiências, dando espaço para o treino de diferentes capacidades parentais. O Curso inclui a aprendizagem de Massagem Infantil, pelo que era em formato presencial e o Curso de Apoio à Parentalidade, pela condicionante da pandemia, ainda era em formato on-line, com 5 sessões de duração cada um, distribuídos simultaneamente na mesma semana, em diferentes dias. O curso de massagem infantil pela vertente presencial, era dividido em turmas de 6 a 8 famílias no máximo. O curso de apoio à parentalidade não tinha limite de inscrições. A população alvo eram as mães a partir das 4 semanas (parto normal) ou 6 semanas (cesariana) e seus respetivos bebés. Após o término deste Curso, aproximadamente um mês depois, iniciava-se outro, denominado de Encontro de Pais, com mais 3 sessões teóricas, via online.

A USF (modelo A) tem como missão prestar cuidados de saúde personalizados, globais, adequados, acessíveis, continuados, equitativos colocando o cidadão no centro da atividade da Unidade e dar resposta às necessidades em saúde e às expectativas dos utentes de uma forma organizada e com elevados padrões de qualidade técnico-científica aos melhores níveis de eficiência de forma a contribuir a maximização dos ganhos em saúde em saúde (Serviço Nacional de Saúde, 2017). A sua equipa multidisciplinar é constituída por 5 enfermeiros de família, 6 médicos de família, 3 secretárias clínicas e assistentes operacionais. Toda a equipa de enfermagem tinha a especialidade de enfermagem em saúde comunitária, e um dos enfermeiros tinha cumulativamente a especialidade em SIP. Das várias atividades dos enfermeiros, destaco as relacionadas com a saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, concretamente as CSIJ que ocorrem de acordo com o preconizado no PNSIJ, onde se inclui o PNV, nas quais tive oportunidade de participar.



**APÊNDICE II - AES "Estimular o desenvolvimento infantil"**



## ENCONTRO DE PAIS

Emoções na Parentalidade  
Estimular o desenvolvimento infantil  
Rotinas

0 Meses

12 Meses

### DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A aquisição das competências dá-se numa sequência ordenada no sentido céfalo-caudal e próximo-distal.

Desenvolvimento Emocional

Desenvolvimento Cognitivo

Desenvolvimento Sensorial

Desenvolvimento Motor

O desenvolvimento infantil é um processo contínuo e dinâmico

### DESENVOLVIMENTO INFANTIL

**Desenvolvimento cerebral** - a importância dos primeiros anos de vida (3anos)

**É fundamental estimular a criança**, brincar com ela, fazer despertar-lhe todos os sentidos, captar a atenção, envolvê-la no mundo.

**Herança genética VS Influências do meio** em que a criança vive

### DESENVOLVIMENTO INFANTIL

❖ A **infância** é a altura da vida em que as mudanças físicas e as conquistas do desenvolvimento são mais acentuadas.

❖

### Os pais são os arquitetos dos cérebros dos seus bebés!

Os primeiros anos contam!

## AMBIENTE FAMILIAR E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Ambiente positivo

Favorece o desenvolvimento



Ambiente negativo

Compromete o desenvolvimento



## DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A **visão** é o **sentido menos desenvolvido** à altura do nascimento.

A distância ótima é de 20-30 cm. Corresponde à distância que separa o bebê de uma pessoa que o segure no colo.

O bebê fixa-se nos olhos brilhantes, na boca vermelha e nos contornos da cara.

### Expressões faciais:

O bebê apresenta um fascínio especial por rostos, fixa o olhar no rosto dos pais.  
Capacidade de imitar (ex: protusão da língua)

### VISÃO



### Cores / Competências do recém-nascido:

- 2 meses distingue o vermelho do verde
- 3 meses distingue o azul
- 4 meses distingue o vermelho do verde do azul

Habilidades que se desenvolvem sistematicamente. Cada habilidade adquirida prepara o bebê para a próxima aquisição.

### HABILIDADES MOTORAS GROSSAS

- > Usam os grandes músculos (Rolar/agarrar uma bola)
- > Inclui o desenvolvimento da maturação da postura, o controle da cabeça, o equilíbrio, conseguir sentar-se, gatinhar, erguer-se e andar.

### HABILIDADES MOTORAS FINAS

- > Comportamento motor fino - inclui o uso das mãos e dos dedos na preensão de um objeto.
- > Da preensão com a palma da mão até à preensão em pinça (usando dedos indicador e polegar). (Agarrar um chovalho, copiar um círculo)



## MARCOS DO DESENVOLVIMENTO MOTOR

### CONTROLO DAS MÃOS

- ▶ **3-6 meses**
- ▶ Agarram objeto de tamanho médio, mas têm dificuldade em segurar um objeto pequeno
- ▶ **Entre 4 e 7 meses**
- ▶ Agarram objetos com uma das mãos e transferem para outra
- ▶ Seguram, mas não pegam objetos pequenos
- ▶ **Entre 7 e 11 meses**
- ▶ Preensão de pinça: objeto pequeno(ervilha)
- ▶ **15 meses**
- ▶ Constroem uma torre de dois cubos
- ▶ **3 anos**
- ▶ Copiam um círculo



### CONTROLO DA CABEÇA

#### Nascimento

Viram a cabeça de um lado para outro quando deitados de costas

#### 2 a 3 meses

Levantam a cabeça cada vez mais alto

#### 4 meses

Quase todos mantêm a cabeça ereta quando sentadas com apoio



## MARCOS DO DESENVOLVIMENTO MOTOR

### LOCOMOÇÃO-MARCHA



- ▶ **> 4 meses**
- ▶ Rolam deliberadamente: primeiro de frente para costas e depois de costas para frente
- ▶ **6 meses**
- ▶ Sentam sem apoio
- ▶ **8 meses e meio**
- ▶ Permanecem sentados sem ajuda
- ▶ **Entre 6 e 10 meses**
- ▶ Circulam à sua volta/ rastejando/gatinhando
- ▶ **7 meses**
- ▶ Ficam de pé (com ajuda ou agarrados a um móvel)
- ▶ **11 meses e meio**
- ▶ Mantêm-se de pé sozinhos

## MARCOS DO DESENVOLVIMENTO MOTOR

### Permanência do objeto



- ▶ **- Até aos 8 meses:**
- ▶ não procuram objetos escondidos.
- ▶ se bebês até 8 meses forem obrigados a esperar alguns segundos entre o momento em que vêm um objeto desaparecer e o instante em que o podem procurar, eles parecem perder o interesse.
- ▶ **- Até aos 12 meses:**
- ▶ tendem a procurar o objeto no 1.º lugar de ocultação e não onde acabaram de vê-lo escondido.



## DESENVOLVIMENTO SOCIAL

A brincadeira é um agente de socialização de primeira linha e assegura a estimulação necessária para aprender a partir das interações com o ambiente.



► Depende em primeiro lugar, da interação entre o bebê e os principais prestadores de cuidados (pais).

► Na segunda metade do primeiro ano de vida, os lactentes fazem enormes progressos na comunicação e no comportamento pessoal-social.

### DESENVOLVIMENTO SOCIAL

**6/8 semanas** - sorriso social em resposta a estímulos agradáveis

**3 meses** - mais interesse pelo ambiente: excitação quando um brinquedo está presente

**4 meses** - riem alto, apreciam estímulos estranhos, novos.

**6 meses** - participam em jogos como o "cu-cu", mostram desconforto quando um brinquedo lhes é retirado. Crescente capacidade de controlar o ambiente pela aquisição de competências de motricidade fina e grossa.

**Dos 6 meses ao ano de vida** - a imitação está em desenvolvimento neste período

**7 meses** - imitam ações e barulhos

**8 meses** - imitam sons

**10 meses** - jogos como "bate palminhas" e "cu-cu"

**Dos 11 meses em diante**, são cada vez mais independentes



### 1º mês:

- Estimular a visão e o movimento ocular movendo lateralmente objetos coloridos a cerca de 20 ou 30 cm da criança (é a distância máxima que conseguem ver).
- Usar guizos suaves, músicas calmas e conversa com o bebê (ajuda o bebê a entender o mundo ao redor).
- Alternar as posições ao segurar o bebê no colo ajuda a sustentar a cabeça: voltado para o corpo, de bruços, virado para frente (como se fosse uma cadeirinha).



### 2º mês:

- Além de seguir as dicas do primeiro mês, experimente colocar o bebê de bruços por alguns minutos, algumas vezes por dia (ajuda a estimular os músculos do pescoço e dos bracinhos). Este exercício deve ser feito gradualmente, sempre com acompanhamento de adulto, que pode colocar brinquedos coloridos nos lados para estimular a lateralidade. Se o bebê chorar, pare e tente noutra momento.



### 3º mês:

- mantenha o bebê de barriga para baixo mais vezes para brincar, mas continue sempre junto dele. Coloque brinquedos ao alcance da mão para que ele tente pegar. Ofereça objetos com texturas diferentes para ele tocar (espuma, madeira, tecido, borracha etc.)

### 4º mês:

- O bebê tende a estar com o pescoço mais firme e começa a participar mais na brincadeira. Experimente brincar a fazer expressões faciais (caretas) ou "onde está" ao esconder e revelar o próprio rosto ou um brinquedo com uma fralda. Observe sua reação e olhares.
- Em superfícies seguras, deixe objetos atrativos próximos para que ele tente rolar e pegar. Brinque com a mão dele, mostre os dedos (brinque com lengalengas- de miminho, seu vizinho, contar até 5, passe a sua mão na dele, movimentando os seus dedos). Ofereça brinquedos e mordedores seguros, porque vai começar a fase de levar tudo à boca.



### 5º mês:

- Para estimular o bebê a sentar, segure-o pelos braços ou axilas e puxe-o levemente para a frente. Faça isso numa superfície macia e firme. No início, deixe almofadas ao lado e, conforme ele se sustentar, poderá sentá-lo sem apoio. Deixe brinquedos na sua frente e aumente um pouco a distância para estimular o bebê a projetar o tronco para a frente e exercitar o equilíbrio.
- Continue a conversar e a cantar para o bebê, narrando as ações. Escutar e imitar os balbucos dele também estimula a comunicação.
- Outra brincadeira de comunicação é fazer cantadas na frente do espelho - isto estimula o bebê a imitar e mover os músculos da face.

### 6º mês:

- o bebê consegue sentar-se com pouco ou nenhum apoio e está pronto para começar a introdução alimentar, que também pode ser um bom momento de brincadeira e experimentação de texturas e sabores.
- Ler e mostrar as figuras dos livrinhos, brincar a esconder um brinquedo para ele procurar, segurar o bebê pelas axilas reproduzindo o movimento de saltar.

### 7º mês:

- Estimular os sentidos, apresentando texturas, sabores e o contato com a natureza.
- Estimular o bebê a passar o brinquedo de uma mão para a outra, e a entregá-lo a outra pessoa também.
- Por músicas que estimulem o bater palmas e o acenar.



### 8º mês:

- Deixar o bebê mais tempo no chão, numa superfície segura com brinquedos atrativos não muito longe, para que ele tenha que se mover para os alcançar. Comemore com ele, quando ele conseguir.



### 9º mês:

- Brincar a passar a bola ou brinquedo um para o outro no chão, brincar com potes e tampas.
- É provável que o bebê comece a gatinhar ou a arrastar-se. Uma forma de estimular o bebê a gatinhar é colocar obstáculos fáceis como uma almofada ou as suas pernas no caminho entre ele e o objeto de desejo. Ao tentar ultrapassar, ele fortalece os braços e as costas para sustentar o corpo ao gatinhar - (gatinhar não é considerado um marco de desenvolvimento, pois alguns bebês podem não passar essa fase).

### 10º mês:

- Os movimentos passam a ser mais coordenados. Oferecer a colher para ele tentar comer sozinho.
- Músicas e instrumentos musicais estimulam o ritmo.
- Brincadeiras com tintas naturais, giz de cera grande, areia estimulam os sentidos.



### 11º mês:

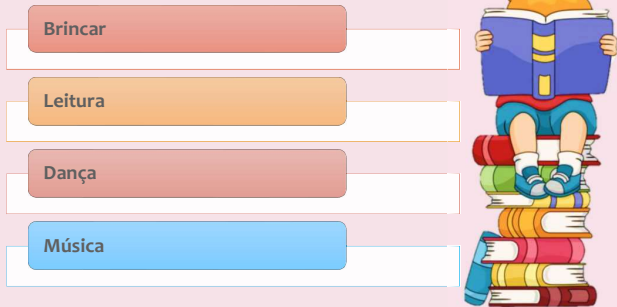
- Para estimular a criança a andar, procure mantê-la descalça (ou com meias antiderrapantes, em caso de frio) para que possa sentir o chão e firmar melhor os pés. O melhor estímulo é criar um ambiente seguro e livre, sem ansiedade. Os primeiros passos sem apoio são esperados até os 18 meses. A criança pode começar a apoiar-se em móveis, sofás, camas para ficar em pé e caminhar à volta. Ela está a aprender a equilibrar-se, as quedas fazem parte do processo. Proteja esquinas, fique por perto, mas tente controlar o seu receio/medo para não transmitir insegurança.



### 12º mês:

- Mesmo que o bebê ainda não caminhe, ele já se desloca para ir buscar o que quer.
- Ele procura a comunicação por gestos e balbucos. Reconheça e comemore seus esforços, repetindo os nomes das coisas. Continue a conversar e a brincar, proporcionando um ambiente afetivo e seguro.

## Importância das atividades lúdicas na estimulação do desenvolvimento infantil



## O que é brincar?



1. ✓ É um direito da criança.  
✓ É uma atividade que promove o desenvolvimento físico, intelectual, social e emocional.
2. ✓ Para a criança, brincar é algo sério e indispensável!  
✓ Favorece a imaginação, a fabulação e a criatividade.
3. ✓ A criança precisa de brincar para crescer!



## BRINCAR : estimulação precoce



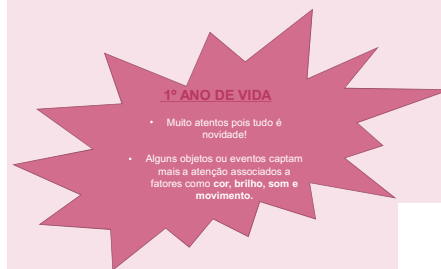
## Benefícios do brincar



## BRINCAR : estimulação precoce



## Escolha dos brinquedos



## Escolha dos brinquedos

### Optar por brinquedos:

- ✓ Seguros e resistentes;
- ✓ Adequados à idade da criança ou às capacidades físicas, ao desenvolvimento mental e social da criança;
- ✓ Apelativos e estimulantes.



### Evitar brinquedos:

- ✗ Que desencorajam a criança a utilizar a imaginação;
- ✗ Com muitos sons ou luzes.
- ✗ Pouco seguros, pequenos, com perigo da criança os levar à boca



## DESENVOLVIMENTO INFANTIL ATÉ AOS 12 MESES

## ESTRATÉGIAS PARA FACILITAR O BRINCAR



### ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL – 1º ano de vida do bebé

#### Visão:

- oferecer objetos brilhantes
- tomar o quarto claro com imagens ou espelhos
- andar com o bebé pelas várias divisões da casa
- colocar o bebé na sua cadeira para um ponto de vista vertical do ambiente

#### Audição:

- falar com o bebé
- incluir o bebé nas conversas de família
- expor o bebé aos diversos ruídos da casa
- usar chocalhos, sinos de vento

#### Tato:

- acariciar o bebé no banho ou durante a muda de fralda
- escovar o cabelo do bebé
- massajar

#### Motor:

- usar um balaço infantil
- levar o bebé a dar passeios de carro
- exercitar o corpo movendo as extremidades em movimentos de natação
- usar um ginásio de berço

2º ao 3º mês de vida

### ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL – 1º ano de vida do bebé

#### Tato:

- deixar o bebé brincar com tecidos de várias texturas
- ter taças com alimentos de diferentes tamanhos e texturas para o bebé experimentar
- deixar o bebé apanhar a água da torneira
- incentivar o bebé a nadar numa banheira ou piscina rasa
- oferecer fita adesiva para o bebé manipular

#### Motor:

- segurar o bebé direito para ele suportar o peso e equilibrar-se
- apanhar e dizer "dá"
- largar e dizer "larga"
- colocar brinquedos fora do alcance e encorajar o bebé a ir buscá-los
- jogar ao bate-palminhas

6º ao 9º mês de vida

#### Visão:

- oferecer brinquedos grandes com cores brilhantes, partes móveis e que façam barulho
- jogar ao cu-cu, especialmente escondendo o rosto numa toalha
- fazer caretas para encorajar a imitação
- oferecer uma bola de lã ou corda para o bebé desfazer

#### Audição:

- chamar o bebé pelo nome
- repetir palavras simples como "pai", "mãe", "adeus", "olá"
- falar com clareza
- nomear partes do corpo
- dizer ao bebé o que se está a fazer
- dar ordens simples
- mostrar como bater palmas ou usar um tambor

### ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL – 1º ano de vida do bebé

#### Visão:

- colocar o bebé em frente a um espelho inquebrável
- dar brinquedos coloridos e brilhantes, com tamanho adequado para ele agarrar

#### Audição:

- falar com o bebé e repetir os sons que ele faz
- rir quando o bebé rir
- chamar pelo nome
- colocar chocalhos ou sinos na mão do bebé

#### Tato:

- oferecer brinquedos macios para apertar e com várias texturas
- permitir ao bebé chapinhar no banho
- colocar o bebé num tapete felpudo, macio e movimentar os braços e as pernas

#### Motor:

- usar movimentos de balaço ou vaivém
- balançar o bebé no colo ou na posição de pé
- apoiar o bebé na posição sentada e deixá-lo inclinar-se para a frente para se equilibrar
- colocar o bebé no chão para poder rastejar, virar-se e sentar-se

4º ao 6º mês de vida

## ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL – 1º ano de vida do bebé

### Visão:

- mostrar imagens grandes em livros
- jogar à bola fazendo-a rolar até ao bebé e demonstrar como atirar a bola de volta
- demonstrar como construir uma torre de dois blocos

### Audição:

- ler rimas infantis simples
- apontar partes do corpo e nomear cada uma delas
- imitar sons de animais

### Tato:

- dar ao bebé alimentos para comer com as mãos, de diferentes texturas
- deixar o bebé misturar e esmagar a comida
- deixar o bebé sentir objetos frios ou quentes e dizer a que temperatura está cada um
- deixar o bebé sentir uma brisa (ventoinha a funcionar)

### Motor:

- oferecer ao bebé brinquedos grandes de empurrar e puxar
- virar o bebé para diferentes posições

9º ao 12º mês de vida

## ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL – 1º ano de vida do bebé

### Visão:

- olhar o bebé de perto
- pendurar objetos claros e brilhantes a 20-25cm do seu rosto e centrados
- pendurar móveis com objetos a preto e branco

### Audição:

- falar com o bebé, cantar com voz suave
- tocar uma caixa de música ou CD
- ter relógios com tique-taque ou bonecos com imitação do batimento cardíaco/sons útero

### Tato:

- segurar, acariciar, abraçar
- envolver o rosto do bebé com as mãos

### Motor:

- embalar o bebé
- usar um carrinho para passeios



Nascimento ao 1º mês de vida

## ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL – 1º ano de vida do bebé

### BRINQUEDOS SUGERIDOS

#### 0-6 MESES

móveis  
espelhos inquebráveis  
caixas de música, móveis musicais  
pequenos chocalhos  
sinos de berço  
animais de peluche  
roupas/mantas macias e felpudas  
brinquedos para sucção  
berço de balançar  
baloço infantil

#### 6-12 MESES

blocos coloridos  
caixas ou copos de encaixar  
livros com rimas e imagens coloridas  
brinquedos desmontáveis simples  
bola grande  
chavens e colher  
puzzles grandes  
caixa de surpresas  
chocalhos de diferentes tamanhos, feltos, tons e cores brilhantes  
animais e bonecos para apertar e de diferentes texturas  
brinquedos de esponja e flutuantes  
brinquedos para os dentes  
livros com texturas e objetos, como pele e fecho elcilar  
caixa de atividades para o berço  
brinquedos de empurrar e puxar  
baloço

## ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL – 1º ano de vida do bebé

O bebé tende a estar com o pescoço mais firme e começa a participar mais na brincadeira. Experimente brincar a fazer expressões faciais (caretas), ou fazer caretas na frente do espelho - isto estimula o bebé a imitar e mover os músculos da face. Brincar a esconder o próprio rosto ou tapar e destapar um brinquedo. Conversar e a cantar para o bebé, narrando as ações. Escutar e imitar os balbucios dele para estimular a comunicação.

**Desenvolvimento motor:** Em superfícies seguras, colocar objetos atrativos próximos para que ele tente rolar e agarrar; colocar brinquedos ao alcance das mãos e estimular o bebé a agarrar na linha média do corpo e com mãos alternadas; manter o bebé de barriga para baixo mais vezes para brincar, e mais próximo dos 4 meses, se tiver uma bola de pilates pode colocar o bebé de barriga para baixo sobre a bola e, com suavidade, movimentá-la para a frente e para trás. Para estimular o bebé a sentar, segure-o pelos braços ou axilas e puxe-o levemente para a frente; no início, deixe almofadas ao lado e, conforme ele se equilibrar, poderá sentá-lo sem apoio. Deixe brinquedos na sua frente e aumente um pouco a distância para estimular o bebé a projetar o tronco para a frente e exercitar o equilíbrio.

**Brinquedos recomendados:** Oferecer objetos com texturas diferentes para ele tocar (espuma, madeira, tecido, borracha etc.), podem ser coloridos (com cores contrastadas), manipuláveis, audíveis. Alguns deles podem ser bolas, discos e anéis interligados para que o bebé consiga segurar com as mãos. Ofereça brinquedos e mordedores seguros, porque vai começar a fase de levar tudo à boca.

3º ao 5º mês de vida



## ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL – 1º ano de vida do bebé

**Visão:** Estimular a visão e o movimento ocular movendo lateralmente objetos coloridos a cerca de 20 ou 30 cm da criança (é a distância máxima que conseguem ver). Olhar o bebé "olhos nos olhos", sorrir e brincar (fazer caretas, por exemplo);

**Audição:** Falar com o bebé, num tom meigo e calmo; cantar músicas infantis/ lengalengas (enquanto troca a fralda ou amamenta, por exemplo); fazer sons simples próximos do ouvido do bebé (por exemplo, abanar chaves); usar guizos suaves, músicas calmas (ajuda o bebé a entender o mundo ao redor).

**Tato:** Massajar (após o banho/muda de fralda) é um exemplo de estimulação e também permite conhecer o que o bebé gosta/não gosta; alternar as posições ao segurar o bebé no colo ajuda a sustentar a cabeça: voltado para quem o segura, de bruços ou virado para frente (como se fosse uma cadeirinha); colocar o bebé de bruços por alguns minutos (tummy time) algumas vezes por dia (ajuda a estimular os músculos do pescoço e dos bracinhos).

**Brinquedos recomendados:** fazer barulho com brinquedos, guizos simples ou simplesmente amassar um papel, bater num mini tambor (ou pote de cozinha); brinquedos/ bonecos com cores contrastantes (brinquedos com preto e branco são altamente recomendados) e luminosos.



6º ao 8º mês de vida

## ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL – 1º ano de vida do bebé

O bebé consegue sentar-se com pouco ou nenhum apoio e está pronto para começar a introdução alimentar, que também pode ser um bom momento de brincadeira e experimentação de texturas e sabores. Estimular os sentidos, apresentando texturas, sabores e o contato com a natureza.

### Exercícios para estimular o bebé:

- Colocar o bebé de barriga para baixo e incentivá-lo a rolar/arrastar-se para chegar aos objetos, Comemore com ele, quando ele conseguir;
- Colocar o bebé sentado (apoiado em almofadas) e incentivá-lo a alcançar os objetos (à frente, dos lados e pendentes);
- Estimular o bebé a passar o brinquedo de uma mão para a outra, e a entregá-lo a outra pessoa também;
- Colocar o bebé à frente do espelho e mostrar-lhe onde estão os seus olhos, nariz e boca e os dele (incentivá-lo a tocar com a mão no seu nariz enquanto lhe diz "nariz"); com o espelho tapado com um pano, perguntar "Onde está (nome dele)?" ; estimular a tirar o pano;
- Imitar os sons que o bebé produz, olhando-o (quando ele repetir o som, deve mostrar-se muito contente, podendo aplaudir e dar gargalhadas); Pôr músicas que estimulem o bater palmas e o acenar;
- Ler e mostrar as figuras dos livrinhos,
- Segurar o bebé pelas axilas reproduzindo o movimento de saltar.

**Brinquedos recomendados:** poderão ser macios (madeira, borracha/pano) e que produzam sons quando se abana/aperta. Poderão ser utilizados mordedores, caixas de encher/esvaziar e livros coloridos.



## ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL – 1º ano de vida do bebé

Os movimentos passam a ser mais coordenados. Oferecer a colher para ele tentar comer sozinho. Nesta idade deve aumentar a dificuldade das brincadeiras (por exemplo, brincar com várias caixas e esconder um objeto por baixo de uma delas e depois incentivar o bebé a procurar o objeto). Para estimular a noção de causa-efeito, deve oferecer brinquedos com botões para provocar diferentes reações. Também é importante ser firme no "não" e celebrar quando quer que o bebé repita determinado comportamento.

**Linguagem:** O bebé procura a comunicação por gestos e balbúcios. Reconheça e comemore seus esforços, repetindo os nomes das coisas. Deve dizer o nome do objeto/brinquedo, de forma correta, sempre que o oferece ao bebé. Poderá imitar sons de animais e incentivar o bebé a fazer o mesmo. Deve continuar a ler livros e ajudar o bebé a virar as páginas

**Coordenação motora:** poderá colocar objetos/brinquedos num nível mais alto para que ele se levante para o alcançar. Também poderá dar folhas de papel para a mão do bebé para que este possa amassar e rasgar; brincar a passar a bola ou brinquedo um para o outro no chão. Para estimular a criança a andar, procure mantê-la descalça (ou com meias antiderrapantes, em caso de frio) para que possa sentir o chão e firmar melhor os pés.

**Brinquedos recomendados:** Caixas, blocos, argolas para empilhar, bonecos, objetos do tamanho mais pequeno manipuláveis só com uma mão (mas que não cabem na boca), carros, potes e tampas Brincadeiras com tintas naturais, giz de cera grande, areia estimulam os sentidos. Músicas e instrumentos musicais estimulam o ritmo.

9º ao 12º mês de vida



## ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL – 1º ano de vida do bebé

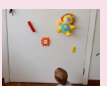
**Linguagem:** deve continuar a leitura de livros (cada vez que o bebé verbalizar alguma coisa, deve mostrar o seu agrado). Para além disso, enquanto faz as suas rotinas diárias, deve descrever o que está a fazer, apontar com o dedo indicador e referir o nome dos objetos (apontar com o dedo indicador é um sinal pré-linguístico importante que ajuda o bebé a comunicar com outros, mostrando o que quer). Quando o bebé já conseguir nomear objetos/pessoas, deve incentivá-lo a dizer

**Desenvolvimento psicomotor:** mesmo que o bebé ainda não caminhe, ele já se desloca para ir buscar o que quer, deve colocar objetos em vários pontos altos de modo a estimular a marcha. A utilização de voadores não é recomendada pois, atrasam a marcha e proporcionam acidentes graves. Poderá oferecer marcadores para o bebé segurar e rabiscar.

**Funções cognitivas superiores:** se o bebé estiver com 2 objetos na mão, oferecer um terceiro e deixar que o mesmo decida o que fazer.

**Brinquedos recomendados:** encaixar/empilhar, com botões/alavancas que produzam diferentes acontecimentos, manipular e flutuar no banho e instrumentos musicais simples.

12º mês de vida



## 3-6 meses



Movimentos de excitação em resposta a situações familiares



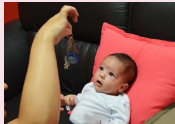
Convergência ocular



Mãos abertas e brinca com elas



Segura objetos e move-os (sem coordenação)



Atende e volta-se em direção à fonte sonora



Com a barriga para baixo, apóia-se nos antebraços

## SINAIS DE ALERTA ⚠️



### 3 - 6 meses



- Inconsolável pelos pais;
- Apresenta sobressalto ao menor ruído;
- Chora e grita quando se toca;
- Apático, sem períodos de comunicação;
- Não fixa, nem segue objetos;
- Não sorri;
- Não tem controlo da cabeça;
- Tem as mãos sempre fechadas.

## 6-9 meses



Usa as mãos para alcançar um objeto, passando-o de uma mão para a outra, leva-o à boca e explora-o



Faz força para se sentar e mantém-se sentado sem apoio por breves momentos



De pé faz apoio plantar



De barriga para baixo, faz apoio nas mãos com braços estendidos levantando a cabeça

Dá gargalhadas e vocaliza monossílabos e dissílabos (sons com 'p', 'm', 't')



3-6 meses



## BRINCAR

- Oferecer objetos brilhantes, coloridos e com contrastes;
- Interagir através da fala, e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais;
- Ouvir música suave, cantar e dançar, em ritmo suave, com o bebé ao colo;
- Procurar levá-lo devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo;
- Oferecer-lhe objetos para segurar e colocar objetos pendentes para que possa segui-los.

**6-9 meses**

## BRINCAR

- Oferecer brinquedos apropriados ao bebê para estimular a pinça fina de modo a estimulá-lo a passar o objeto de uma mão para a outra;
- Incentivar o bebê a reproduzir sons por ex: ao produzir sons/ ou brinquedos para a criança conseguir imitar;
- Conversar e dançar com o bebê;
- Colocar o bebê num tapete adequado e incentivá-lo a deslocar-se para pegar nos brinquedos que estejam mais longe;
- Proporcionar brincadeiras de interação e colocar o bebê em frente ao espelho, para que este tente alcançar a imagem do espelho.

**9-12 meses**



Leva à boca os alimentos e mastiga-os



Repete várias sílabas ou sons dos adultos (dissílabas)



Põe-se de pé com apoio, mas não se consegue baixar



Agarra os objetos em pinça



Senta-se sozinho e fica sentado 10 a 15min

**SINAIS DE ALARME** ⚠

**9-12 meses**

- Não se senta;
- Permanece sentado(a) e imóvel sem procurar mudar de posição;
- Apresenta assimetrias na posição;
- Não tem preensão palmar, não leva objetos à boca;
- Não reage aos sons;
- Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização;
- É apático(a), não se relaciona com familiares;
- Engasga-se com facilidade;
- Tem estrabismo.

**SINAIS DE ALARME** ⚠

- Não reage aos sons;
- Não vocaliza;
- Tem desinteresse pelo ambiente;
- Não olha nem pega em qualquer objeto;
- Apresenta irritabilidade;
- Ausência de controlo da cabeça;
- Dificilmente se tenta sentar.

**6-9 meses**

**9-12 meses**

## BRINCAR

- Oferecer objetos que estejam mais afastados, no sentido de incentivar o posicionamento;
- Colocar objetos em cima de uma cadeira de forma a incentivá-lo a colocar-se de pé;
- Ensinar a colocar os objetos dentro e fora de uma caixa, chamando-os pelos nomes;
- Oferecer papel para amassar e rasgar, e dar a experimentar diferentes texturas;
- Oferecer dois objetos para a mão e posteriormente um terceiro, deixando que ele "resolva o problema";
- Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...)
- Imitar sons de animais e objetos fazendo mímica e pedindo para a criança imitar.

**12-15 meses**



Bebe pelo copo



Galinha




Pinça fina perfeita



Colabora a vestir



Põe-se em pé e baixa-se com o apoio de uma ou ambas as mãos



Demonstra afeto a familiares e solicita atenção do adulto de forma ativa

## SINAIS DE ALARME

12-15 meses

- Não aguenta o peso nas pernas;
- Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão;
- Não brinca nem estabelece contacto;
- Não mastiga;
- Não responde à voz.



### BRINCAR

- Estimular a criança a acenar o adeus, a mandar beijos, a bater palmas, a atender o telefone;
- Dar à criança recipientes e objetos de diversos tamanhos, para que ela desenvolva a função de encaixe;
- Ensinar palavras simples à criança através de rimas, músicas e de sons comumente falados;
- Proporcionar que ela possa deslocar-se livremente em pequenas distâncias com supervisão para poder desencadear a marcha livre;
- Abrir o armário da cozinha, uma gaveta no quarto e ajudar a criança a encontrar um brinquedo podem-se revelar experiências interessantes e agradáveis.

## Ideias para brincar



Saquinhos de estimulação sensorial



Cubos da quinta



Leitura



## O brilho da leitura



A leitura é um suporte para compreender e interpretar o mundo que nos rodeia.

A leitura deve ser uma atividade de família!

## Importância da leitura



- ✓ Estimulação das primeiras conexões cerebrais
- ✓ Promoção da vinculação do bebé com sua mãe/ pai
- ✓ Intensificação da ligação mãe/ pai- filho

## Benefícios da leitura para o bebé

Compreensão do mundo	Desenvolvimento da memória	Capacidade de atenção	Concentração	Divertir e entreter
Estimulação da autoconfiança	Estimulação da autonomia	Desenvolver competências sociais	Desenvolver competências linguísticas	Capacidade de raciocínio
	Imaginação	Criatividade	Curiosidade	
	Estimula a aprendizagem	Senso crítico	Impulsiona as aptidões	

## O tempo da leitura

O livro é um direito da criança.  
A interação com o livro não tem hora marcada, deve acontecer sempre que a criança quiser.



## Cantinho da leitura



## Tipos de livro

0- 6 meses



6-12 meses



## Formas de ler



## DANÇA COM O BEBÊ



## Movimento

4 meses

9 meses

10 meses

12 meses

18 meses

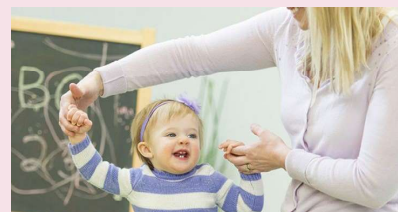


### O que é a dança?

✓ A dança é uma atividade multissensorial, que para além dos estímulos que proporciona ao bebé, vem fortalecer a ligação entre a mãe e o bebé ou entre o pai e o bebé.

### A importância da dança

✓ É através do desenvolvimento motor harmonioso que o bebé adquire a capacidade de dominar o corpo ganhando progressivamente autonomia e controlando o próprio corpo até ser capaz de tirar dele todas as ações e expressões possíveis.



## Os benefícios de dançar com o seu bebé...

- Torna-o mais desinibido;
- Fornece estimulação sensorial diversificada;
- É uma excelente forma de se ligar ao seu bebé;
- Diminui os episódios de choro;
- Ajuda a combater a obesidade infantil;
- Serve de iniciação à música;
- Traz felicidade.



## DANÇAR

- O bebé deve mover-se livremente pelo chão;
- Estabelecimento de contacto visual;
- Fazer movimentos de mímica;
- Agarrar o bebé ao colo em diferentes posições e níveis;
- **Tocar, marchar, abraçar e balançar com o bebé, segurando-o nas mãos;**
- Fazer pausas repentinas no movimento, surpreendendo o bebé.



## A música

Deve ser **simples e com ritmo**;  
Diferentes ritmos, oferecendo diferentes sensações.



Pau de chuva



Maracas



Xilofone

## OBRIGADA!



BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. – A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce. Lisboa: Terramar, 1993.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2013.

HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON, David. Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda. 2011.

HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON, David. Wong enfermagem da criança e do adolescente. Loures: Lusociência, 2014.

LOPES, Regina et al. Desenvolvimento Cognitivo e Motor de Crianças dos 0 aos 15 meses

PAPALIA, Diane E. et al. Desenvolvimento Humano. 8ª ed. Revisão técnica de Giana Bittencourt Frizzo. Porto Alegre: Artes médicas. 2006

PAPALIA, Diane E. O mundo da criança. 2001.

REBELLO, Elaine, PASSOS, José S. Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento. 2012.

UNICEF, A., et al. A Convenção sobre os Direitos da Criança. Nova York, 1989, 20.



**APÊNDICE III - FORMAÇÃO EM SERVIÇO " consulta de saúde  
infantil"**





**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL**

(Ação de Formação– Unidade Cuidados na Comunidade)

Porto, 25 de Novembro de 2022



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL**

(Planeamento da Ação de Formação)

Estágio do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica

**Elaborado por:**

Raquel Ferreira

**Sob orientação de:**

Prof. Doutora Constança Festas

**Tutora UCC:**

EESIP W.L

Porto, 25 de Novembro de 2022

## Índice

Introdução.....	8
1 - Planeamento .....	9
2- Escolha do tema .....	9
3- Formulação de objetivos .....	10
4- Seleção e organização de conteúdos .....	10
5- Metodologia/Seleção de estratégias .....	11
6- Organização e programação da atividade .....	11
Conclusão.....	13
Referências Bibliográficas .....	14
APÊNDICES.....	15
APÊNDICE I – Diapositivos da Ação de Formação	

# Introdução

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizado na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no estágio realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade, correspondente a um dos três contextos de estágio realizados no âmbito da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, foi identificada a necessidade de realizar uma Sessão de Formação em Serviço sobre a Consulta de Saúde Infantil.

“A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social. A avaliação desse percurso, a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários.” (Direção-Geral da Saúde, 2013, p. 57).

Por isso, todas as crianças devem ser submetidas a rastreio e vigilância, de forma a identificar precocemente atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento e receberem tratamentos rápidos e adequados que minimizem os prejuízos para a própria criança e sua família e os custos na saúde inerentes, favorecendo assim a sua qualidade de vida. Os enfermeiros devem associar ao seu conhecimento, o perfil de desenvolvimento da criança, recorrendo à utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização. Desta forma, fica garantida uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Os enfermeiros dos cuidados de saúde primários com experiência e motivados, poderão avaliar adequadamente o desenvolvimento de uma criança através de uma observação crítica e eficaz, desde o momento em que esta entra na sala de consulta, até que sai e, muito particularmente, durante a conversa com os pais/cuidadores (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Este planeamento recorre a um método descritivo e está organizado em 4 capítulos: a presente introdução, análise de situação e objetivos, seleção de conteúdos, conclusão e referências bibliográficas.

Os objetivos que pretendo atingir com a elaboração com este documento são:

- Considerar a importância da elaboração de um planeamento para a preparação de uma ação pedagógica;
- Desenvolver competências de planeamento e elaboração de documentos de planificação;
- Desenvolver competências no âmbito da formação de pares.

# 1 - Planeamento

O planeamento em saúde é “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem á redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio económicos.” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 24). Planear em Saúde compreende várias etapas, nomeadamente, o diagnóstico de situação de saúde, a definição de prioridades, a implementação de projetos, a sua execução e avaliação.

## 2- Escolha do tema

A formação base do Curso de Enfermagem garantiu desde sempre, o exercício da atividade profissional com alguma segurança e competência, tanto do ponto de vista teórico como prático, mas é insuficiente para responder aos desafios que emergem no quotidiano dos enfermeiros e que decorrem da constante evolução atualmente verificada nos domínios científico e tecnológico (Mendes & Lourenço, 2008). A formação é de primordial importância no aprofundar dos conhecimentos, garantindo, uma melhoria das competências e dos cuidados prestados. Inclui-se nesta área a formação em serviço, que é aquela que se realiza em contexto profissional, procurando aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissional (Gomes, 1999). A formação em serviço em enfermagem surgiu formalmente a partir do Decreto Lei 437/91 de 8 de Novembro, onde se pode ler no preâmbulo:

“A natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter atualizados, aprofundar e desenvolver conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós básicos de enfermagem, prevendo-se nesta carreira em mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação continua” (Ministério da Saúde, 1991, p.5723).

O plano de formação em serviço da UCC contempla a realização de duas formações mensais mediante as propostas da equipa e que vá de encontro às necessidades da mesma. Assim, foi-me solicitada pelas enfermeiras especialistas em saúde infantil e juvenil da UCC, a colaboração numa formação sobre a consulta de saúde infantil e o que ela envolve.

A avaliação clínica do desenvolvimento deve ser realizada de forma rigorosa e completa, pois permite obter um conhecimento aproximado do potencial de desenvolvimento de uma criança. Os profissionais de saúde podem desempenhar um papel relevante neste processo, pois é-lhes possível intervir no controlo do impacto dos fatores de risco, na prevenção primária, no diagnóstico e terapêutica precoces e no acompanhamento adequado da criança com perturbações do desenvolvimento, e da sua família. Para isso, torna-se essencial assegurar a formação e uniformização de critérios de avaliação do desenvolvimento psicomotor em cuidados

de saúde primários, de modo a rentabilizar os recursos, evitando referências desnecessárias a consultas ou centros especializados e, sobretudo, aproveitando o conhecimento único proporcionado pelos exames regulares de vigilância de Saúde Infantil executados pela equipa (Direção-Geral da Saúde, 2013).

### **3- Formulação de objetivos**

#### **Objetivo Geral:**

- ◆ Aumentar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre a realização da consulta de saúde infantil.

#### **Objetivos Específicos:**

- ✧ Dar a conhecer as principais alterações do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil de 2012;
- ✧ Descrever as etapas que compõem uma consulta de Saúde Infantil (objetivos, pressupostos, particularidades e requisitos para a realização da consulta);
- ✧ Apresentar as especificidades da consulta de saúde infantil no primeiro ano de vida.

### **4- Seleção e organização de conteúdos**

Os conteúdos a serem abordados na apresentação estão em consonância com o Plano Nacional de Saúde infantil e Juvenil de 2013 e são os seguintes:

- 1 - Atualização do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
- 2 - Consulta de saúde infantil:
  - objetivos
  - pressupostos
  - particularidades
  - preparação para a realização da consulta
- 3 - Consulta de Saúde Infantil no 1ºano de vida
  - avaliação de indicadores de crescimento
  - avaliação do desenvolvimento psicomotor
  - avaliação de outros parâmetros

## 5- Metodologia/Seleção de estratégias

Método pedagógico: expositivo/interativo

Estratégias: PowerPoint (Anexo I - diapositivos da Ação de Formação)

## 6- Organização e programação da atividade

**Formadores:** Aluna do Mestrado em ESIP e Enfermeira Especialista em ESIP

**Tema:** Consulta de Saúde Infantil

**Destinatários:** Enfermeiros da UCC

**Data e Hora:** 29 de novembro de 2022 às 13h30

**Local:** UCC

**Duração estimada:** 30 minutos

**Recursos materiais:** um computador, um projetor

**Objetivo Geral:**

Aumentar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre a realização da consulta de saúde infantil.

**Objetivos Específicos:**

- Dar a conhecer as principais alterações do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil de 2012;
- Descrever as etapas que compõem uma consulta de Saúde Infantil (objetivos, pressupostos, particularidades e requisitos para a realização da consulta);
- Apresentar as especificidades da consulta de saúde infantil no primeiro ano de vida.

<b>Fases</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Tempo</b>
Introdução	Apresentação da formadora, tema e objetivos	Expositiva	5 Min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apresentação das principais alterações do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil de 2013; <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Descrição dos objetivos, pressupostos, particularidades e requisitos da consulta de saúde infantil;</li> </ul> </li> <li>▪ Especificação dos conteúdos a abordar na consulta de saúde infantil e a preparação da mesma; <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Descrição detalhada das avaliações e dos parâmetros avaliados na consulta de saúde infantil durante o 1º ano de vida;</li> </ul> </li> <li>▪ Referência da importância dos registos de enfermagem no aplicativo informático.</li> </ul>	Expositiva	20 Min
Conclusão	Síntese das ideias principais Reflexão sobre a sessão	Expositiva/ Interativa	5 Min

## **Conclusão**

A formação desempenha um papel preponderante na profissão de enfermagem, uma vez que esta é uma profissão que requer uma atualização constante de conhecimentos e habilidades específicas para o seu excelente desempenho.

A formação em serviço desempenha um papel muito importante nesta área. Esta deve ser adequada às exigências dos contextos de trabalho e deve valorizar as necessidades dos elementos do serviço (VELEZ: 2009).

O planeamento desta formação permitiu uma correta organização da mesma e adequada seleção de conteúdos e recursos.

## Referências Bibliográficas

- ◆ Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa;
- ◆ Gomes, I. (1999). *Os enfermeiros e a formação em serviço*. Revista Servir, 4, 178-181;
- ◆ Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual parauso em serviços centrais, regionais e locais (3.<sup>a</sup> edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública;
- ◆ Mendes R. & Lourenço, C. (2008). *Pensar a formação em enfermagem*. Lisboa: Revista Nursing, 233, 38-43;
- ◆ Ministério da Saúde (1991). Decreto-Lei nº 437/91, de 08 de novembro, Diário da República. Série I, nº 257;
- ◆ Ordem dos Enfermeiros (2010). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, série I, número 3, Volume I. Ordem dos Enfermeiros.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I – Diapositivos da Ação de Formação**

# Consulta de Saúde Infantil

Raquel Ferreira  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica do Porto

Novembro 2022

## Consulta de Saúde Infantil

### ÍNDICE

- 1 - **Atualização do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**
- 2 - **Consulta de saúde infantil**
  - objetivos
  - pressupostos
  - particularidades
  - preparação para a realização da consulta
- 3 - **Consulta de Saúde Infantil no 1º ano de vida**
  - avaliação de indicadores de crescimento
  - avaliação do desenvolvimento psicomotor
  - avaliação de outros parâmetros

## ATUALIZAÇÃO Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil



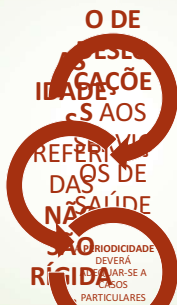
1992      2003 e 2005      2012 e 2013

### 1. novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ)

(entra em vigor a 1 de Junho de 2013 e vem substituir o Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil, Orientação Técnica nº12, 2ª edição de 2005)

- Alteração na **cronologia** das consultas referentes a **idades-chave** da vigilância;
- Adoção das **curvas de crescimento** da Organização Mundial da Saúde (OMS);
- Novo **enfoque** nas questões relacionadas com o **desenvolvimento infantil**, as **perturbações emocionais** e do **comportamento** e os **maus tratos**.

### 1.1. ALTERAÇÃO NA CRONOLOGIA DAS CONSULTAS/EXAMES DE SAÚDE REFERENTES A IDADES-CHAVE DA VIGILÂNCIA



### 1.1. ALTERAÇÃO NA CRONOLOGIA DAS CONSULTAS/EXAMES DE SAÚDE REFERENTES A IDADES-CHAVE DA VIGILÂNCIA

- ✓ Pretende-se adequar a prestação de cuidados com o **mínimo de deslocações aos serviços de saúde**.
- ✓ As **idades** referidas **não são rígidas** – se uma criança ou jovem se deslocar à consulta por outros motivos, pouco antes ou pouco depois da idade-chave, deverá, se a situação clínica o permitir, ser efetuado o exame indicado para essa idade.
- ✓ Com este tipo de atuação – **exames de saúde oportunistas** – reduz-se o número de deslocações e alarga-se o número de crianças cuja saúde é vigiada com regularidade.
- ✓ De igual modo, a **periodicidade** recomendada **deverá adequar-se a casos particulares**, podendo ser introduzidas, ou eliminadas, algumas consultas em momentos especiais do ciclo de vida das famílias, como, por exemplo, em situações de doença grave, luto, separações ou aumento da fratria.

### 1.2 - ADOÇÃO DAS CURVAS DE CRESCIMENTO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

As **curvas de crescimento** são um **instrumento fundamental** para **monitorizar o estado de nutrição e o crescimento** de crianças e de adolescentes. O desenvolvimento harmonioso, dentro de parâmetros normais, é **basilar para uma vida adulta saudável** e, deste modo, tem implicações importantes na saúde das populações.

Na sequência do **estudo multicêntrico** realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) entre 1997 e 2003 (*World Health Organization (WHO) Multicenter Growth Reference Study (MGRS)*), foram publicadas em **2006** as curvas de crescimento da OMS (*WHO Child Growth Standards*) e em **2007** as curvas para a faixa etária dos 5 aos 19 anos. (*WHO Reference 2007*).

A **DGS** reuniu um grupo de peritos que **recomendou a adoção das curvas da OMS** atendendo à metodologia utilizada na sua construção e à possibilidade de aplicação universal.

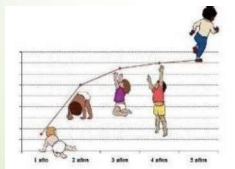
### 1.2 ADOÇÃO DAS CURVAS DE CRESCIMENTO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)



### CURVAS DE CRESCIMENTO

Em ambos os sexos, as curvas a utilizar são:

- Comprimento/altura – do nascimento aos 5 anos (A); □
- Peso – do nascimento aos 5 A; □
- Índice de Massa Corporal (IMC) – do nascimento aos 5 A; □
- Perímetro cefálico – do nascimento aos 2 A; □



- Altura – dos 5 aos 19 A; □
- Peso – dos 5 aos 10 A; □
- IMC – dos 5 aos 19 A.

### 1.3 - NOVOS ENFOQUES



### 1.3 - NOVO ENFOQUE NAS QUESTÕES RELACIONADAS COM O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

- O desenvolvimento psicomotor é um processo **dinâmico e contínuo**, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções.
- Contudo, a **velocidade de passagem de um estágio a outro varia de uma criança para outra** e, conseqüentemente, a **idade de aparecimento** de novas aquisições **também difere**.
- A **avaliação do desenvolvimento** permite **identificar precocemente** as perturbações psicomotoras, adequando as intervenções necessárias.

### 1.3 - NOVO ENFOQUE NAS QUESTÕES RELACIONADAS COM AS PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS E DO COMPORTAMENTO

- Estima-se que, **10 a 20%** das crianças tenham um ou mais **problemas de saúde mental**.
- A **Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil** é uma **oportunidade privilegiada na atuação** de triagem, avaliação, intervenção e orientação nestas situações problemáticas.
- O **diagnóstico** de situações psicopatológicas e de risco, assim como a **implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas**, devem transformar-se numa **prioridade**

### 1.3 - NOVO ENFOQUE NAS QUESTÕES RELACIONADAS COM OS MAUS TRATOS

Os serviços de saúde devem desenvolver **estratégias de intervenção** adequadas aos problemas o que pressupõe a **articulação privilegiada** entre o PNSII, a Ação de Saúde Crianças e Jovens em Risco, o Programa Nacional Saúde Escolar e o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, entre outros.

### DESTAQUES

#### visitação domiciliária

- nos dias seguintes à alta da maternidade
- nas situações de doença prolongada ou crónica
- nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco.

#### trabalho em equipa

- estruturas que dão apoio à criança e ao adolescente: escola, atividades de tempos livres (ATL)
- coletividades desportivas ou associativas
- serviços da segurança social, autarquias, etc.

### Notícia de nascimento digital



Disponível para consulta no Registo de Saúde Eletrónico (RSE).  
**A informação é integrada** no registo de nova Notícia de Nascimento e no registo de gravidez do recém-nascido.

Instrumento de comunicação entre a Unidade de Saúde

### eBoletim de Saúde Infantil e Juvenil



Regista a mesma informação que o

Está disponível na RSE para consulta pelos

O registo pode ser feito no eBoletim ou, caso o

## 2. OBJETIVOS DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

1. **Avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar** os dados obtidos;
2. **Estimular** comportamentos promotores de saúde ( nutrição, exercício físico, atividades lúdicas e de lazer)
3. **Promover:** aleitamento materno, PNV, saúde oral, prevenção acidentes, riscos de exposição solar, etc;
4. **Deletar precocemente e encaminhar** situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente;
5. **Prevenir, identificar e saber como abordar** as doenças comuns nas várias idades;
6. **Sinalizar e proporcionar apoio continuado** às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias;
7. **Assegurar a realização do aconselhamento genético;**
8. **Identificar, apoiar e orientar** as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência;
9. **Promover o desenvolvimento pessoal e social** e a **autodeterminação** das crianças e dos jovens;
10. **Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais** e promover o bem-estar familiar.

## 3. PERIODICIDADE

#### PRIMEIRO ANO DE VIDA

1.ª semana de vida  
1 mês  
2 meses  
4 meses  
6 meses  
9 meses

#### 4 - 9 ANOS

4 anos □  
**5 anos** – Exame global de saúde  
**6 ou 7 anos** (final 1º ano de escolaridade) □  
8 anos

#### ATÉ 3 ANOS

12 meses  
15 meses  
18 meses  
2 anos  
3 anos

#### 10 – 18 ANOS

**10 anos** (ano do início do 2º ciclo do ensino básico) □  
12 /13 anos – Exame global de saúde  
15 /18 anos

### 3. PERIODICIDADE

#### Exames de Saúde Oportunistas

**As idades referidas não são rígidas** – se uma criança ou jovem se deslocar à consulta por outros motivos, pouco antes ou pouco depois da idade-chave, deverá, se a situação clínica o permitir, ser efetuado o exame indicado para essa idade.

#### vantagens:

- reduzir o número de deslocações
- aumentar o número de crianças cuja saúde é vigiada com regularidade.

### 4. PRESSUPOSTOS

ênias ações  
dos pais  
consultas  
anterior, próprio, frequên  
cia de  
outras respeito  
consulta à saúde;  
calendário  
sistema  
medica  
vacinaç  
ção em  
curso  
acordo

Hábitos  
alimenta  
de  
prática  
infantari  
de  
o cima  
diversa  
Atle  
desporti  
vas ou  
culturais

Dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos do desenvolvimento psicossocial.

### 5. PARTICULARIDADES

#### Cuidados Antecipatórios

- Os temas sugeridos poderão ser **abordados individualmente ou em grupo**, em diferentes contextos, nomeadamente nas atividades a desenvolver, por exemplo, na sala de espera – distribuição de material informativo – e em **sessões de informação/educação** para a saúde dirigidas aos pais ou outros prestadores de cuidados.
- Algumas destas ações poderão ser dinamizadas pela **Saúde Escolar**, envolvendo ativamente as crianças, jovens e famílias.

### 5. PARTICULARIDADES

#### A avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar

- Deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, **sempre que se contacta com a criança/jovem/família**.
- No **primeiro ano de vida** há que prestar uma **especial atenção** ao estado emocional da **mãe** (pelo risco de depressão pós-parto) **ou do principal cuidador**, encaminhando precocemente os casos identificados que poderão interferir no desenvolvimento da criança.

### 5. PARTICULARIDADES

#### Consultas de Adolescentes

Há que facilitar a acessibilidade e assegurar a **privacidade e confidencialidade**, permitindo, aos que o desejem, o **atendimento a sós**.

A **colaboração estreita entre serviços ou níveis de cuidados**, torna-se indispensável no processo de referenciação e encaminhamento da criança ou do jovem.

### 7. REQUISITOS PARA A AVALIAÇÃO

A avaliação antropométrica necessita de um local próprio e reservado, que deve, idealmente, corresponder aos requisitos mínimos:

- Sala com boas condições de trabalho e silêncio
- Espaço suficiente de modo a permitir a liberdade dos movimentos
- Iluminação adequada para a leitura da cartela e visualização dos números
- Temperatura ambiente situada entre os 21 e os 30°C, sem correntes de ar
- Piso plano
- Disponível de preferência em ângulo reto com o piso
- Espaço para mudar de roupa
- Local para lavar as mãos

## 6. PREPARAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA CONSULTA

A **observação da criança ao colo dos pais, ou a brincar**, enquanto **não é o alvo das atenções** e, consequentemente, **se sente mais à vontade**, permite ao profissional tirar ilações importantes, e geralmente fiáveis, relativamente ao desenvolvimento da mesma.



**Observá-la sem que dê por isso** – a atenção, o tipo de manipulação que utiliza, a mímica, etc. - desde o **momento em que esta entra** na sala de consulta **até que sai** e, muito **particularmente, durante a conversa com os pais/cuidadores**.

## 6. PREPARAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA CONSULTA

### Acolhimento da criança/família e consulta:

- Receber a criança e família
- Identificar a criança

### Durante a consulta:

- Questionar as intercorrências desde a consulta anterior, a frequência de outras consultas e medicação em curso
- Observar e avaliar o relacionamento da mãe/cuidador e dos familiares com o bebé: resposta às suas manifestações, como interação e o estímulo efetuado
- Observar o manuseamento do bebé
- Avaliar a criança e vacinar, se necessário
- Esclarecer dúvidas
- Ações a desenvolver até à próxima consulta
- Agendar próxima consulta e vacinação
- Efetuar registos no SClínico e Boletim Individual de Saúde

## ABORDAGEM AOS PAIS/CUIDADORES

- **Investir na explicação aos pais** sobre a dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos do desenvolvimento psicossocial, usando **linguagem adequada e clara**
- **Compreender o estado emocional da mãe** (risco de depressão pós-parto)/principal cuidador e/ou família, encaminhando precocemente os casos identificados que poderão interferir no desenvolvimento da criança
- **Compreender as preocupações dos pais**, no que diz respeito à saúde
- **Envolver pai/filhos ou família** alargada nos cuidados à criança
- Permitir aos pais a **exposição das suas dúvidas** e preocupações, valorizando-as, usando uma **escuta ativa**
- **Conhecer a dinâmica familiar** e a rede de suporte sociofamiliar

## ABORDAGEM AOS PAIS/CUIDADORES

### Educação para a saúde/cuidados antecipatórios

- Alimentação da mãe
- Amamentação/Aleitamento artificial
- Introdução de alimentos e hábitos alimentares
- Atitudes perante sinais e sintomas comuns ou especiais (cólicas, febre, choro, obstrução nasal, . . . )
- Sono, repouso e síndrome de morte súbita
- Eliminação vesical/intestinal
- Higiene
- Vestuário
- Prevenção de Acidentes e transporte

## ABORDAGEM AOS PAIS/CUIDADORES

### Educação para a saúde/cuidados antecipatórios

- Atividades lúdicas e/ou extra escolares
- Adaptação creche/infantário/ama
- Cuidados com a pele
- Cuidados com o sol
- Saúde e higiene oral
- Exposição ao fumo ambiental em casa/carro
- Frequência e adaptação ao infantário, ama, ATL e/ou escola

## Consulta de Saúde Infantil

A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social. A avaliação desse percurso, a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem **objetivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários (CSP)**

- ✓ Avaliação dos dados antropométricos
- ✓ Avaliação do desenvolvimento psicomotor
- ✓ Avaliação de outros parâmetros

## Consulta de Saúde Infantil

As **perturbações do desenvolvimento psicomotor** são diagnosticadas habitualmente por:

- ❑ pesquisa desencadeada em virtude de existência de **fatores de risco**;
- ❑ **suspeita** de qualquer problema por parte dos pais, familiares ou professores;
- ❑ **observação clínica** em exames periódicos ou oportunistas no contexto da vigilância de saúde.

## Exame da criança

- Falar com voz calma, sem pressas e pausadamente, usar frases simples e curtas
- Reduzir interrupções ou estímulos
- Incentivar a criança a aceitar o equipamento
- Posicionar a criança comodamente, com segurança
- Observar a criança calmamente e colocar-se à sua altura
- Evitar gestos repentinos e contacto visual intenso
- Estimular a criança a falar/expressar os seus sentimentos
- Avaliar os dados antropométricos
- Avaliar aspetos relacionais e a deteção precoce de situações rastreáveis, incluindo perturbações emocionais e do comportamento

## Consulta de Saúde Infantil - primeiro ano de vida



## Crescimento e Desenvolvimento

Os termos **crescimento** e **desenvolvimento** englobam modificações desde a concepção à idade adulta.

**Avalia-se por medidas físicas**



**Crescimento** observa-se pelo aumento de tamanho e peso. É um processo dinâmico e contínuo.

**Desenvolvimento** refere-se a aspetos do crescimento e maturação. Também inclui alterações emocionais ou sociais determinadas pela interação com o ambiente



**Avalia-se por escalas psicométricas**

## INDICADORES DE CRESCIMENTO

As **medidas de crescimento físico** são um elemento chave na avaliação das condições de saúde da criança.

Os parâmetros de crescimento físico incluem:  
**peso, estatura, perímetro cefálico**



## Avaliação do Peso

- Para crianças menores que 2 anos, utilizar balança pediátrica, que em geral tem capacidade máxima de 15 - 20Kg, calibrada até 100g
- Acertar a balança antes de pesar
- Lactentes - totalmente despidos (é possível com fralda)
- Até aos 8 meses - deitada
- Até cerca dos 12 meses - sentada, sem roupa



**Deve ser avaliada periodicamente e em condições idênticas:**

- Mesma balança
- Balança apropriada
- Calibrar pelo menos 2/3 vezes por ano
- Sempre que possível na mesma condição alimentar

## Estatura

- ✓ Comprimento é medido até aos 24 meses com **Pediômetro**
- ✓ Criança em decúbito dorsal **com o corpo alinhado, descalça** e com a cabeça livre de adereços
  - Topo do crânio em firme contacto com o topo fixo do Pediômetro
  - Calcantares assentes no topo móvel do Pediômetro
  - Pressionar cuidadosamente os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, juntar os pés e fazer um angulo reto com as pernas e levar a parte móvel do equipamento até à planta dos pés



## IMC/Percentil

$$\text{Índice de Massa Corporal} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

	IMC (OMS)	Percentil
<b>Baixo peso</b>	*Percentil < 5	< 18,5
<b>Peso normal</b>	5 ≤ Percentil < 85	18,5 – 24,9
<b>Excesso de peso</b>	*85 ≤ Percentil < 95	25 – 29,9
<b>Obesidade</b>	*Percentil ≥ 95	>30

## Perímetro cefálico

Fita métrica com largura desejável (0,6 cm), com escala em décimos de cm;

- RN posição deitada; criança maior sentada;
- Aplicar a fita bem ajustada ao maior diâmetro da cabeça, fazendo-a passar precisamente na **raiz das sobrancelhas**, na **inserção dos pavilhões auriculares** e pela **proeminência occipital**;
- Deve estar suficientemente ajustada para ajustar o cabelo tanto quanto possível.



✓ Medir até aos 2 anos

## INDICADORES DE CRESCIMENTO

### 1º Ano de Vida

#### Comprimento

**Nascimento:** ± 50 cm  
**6 meses:** 2,5 a 3 cm/mês  
**12 meses:** aumenta até cerca 50% (de 25 até 75 cm)

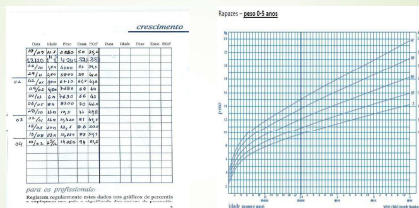
#### Peso

**Nascimento:** ± 2,5 a 4,5 Kg  
**1-3 meses:** ± 25 gr/dia  
**3-6 meses:** ± 20 gr/dia  
**5-12 meses:** ± 15 gr/dia  
**12 meses:** triplica o peso do nascimento

#### Perímetro cefálico

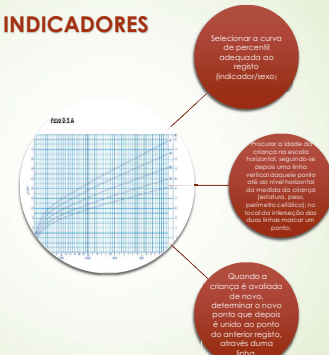
**Nascimento:** ± 34 a 35 cm  
**6 meses:** aumenta até ± 44 cm  
 1º trimestre: 2 cm/mês  
 2º trimestre: 1 cm/mês  
**12 meses:** aumenta até ± 47 cm  
 1º trimestre: 0,5 cm/mês

## REGISTO DOS INDICADORES



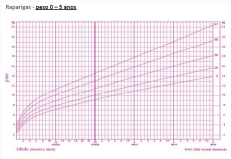
O registo dos parâmetros deve ser efetuado em **tabelas numéricas e tabelas de Percentis**, onde nestas últimas se processa a comparação da medida da criança com as da população em geral

## REGISTO DOS INDICADORES



## CURVAS DE CRESCIMENTO/CURVAS DE PERCENTIS

Os **gráficos de crescimento** utilizam o **3 e o 97 percentil** como critério para a determinação das crianças que se encontram fora dos limites da normalidade de crescimento.



- as crianças cujo peso ou altura se encontra **abaixo do percentil 3** são consideradas de **baixo peso ou pequena estatura**;

- aquelas cujo peso e altura se encontrem **acima do percentil 97** são consideradas com **excesso de peso ou de elevada estatura**.

## Desenvolvimento Psicomotor

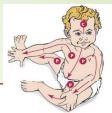


✓ O **desenvolvimento psicomotor** é um **processo dinâmico e contínuo**, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções.

✓ Contudo, a **velocidade** de passagem de um estágio a outro **varia** de uma criança para outra e, consequentemente, a **idade de aparecimento** de novas aquisições **também difere**.

✓ As **aquisições** seguem um **encadeamento lógico sequencial**.

## Desenvolvimento Psicomotor



### Progressão céfalocaudal e próximal

- Controlo cervical, uso das mãos, sentar, deslocar-se, pôr-se de pé, andar

### Diferenciação progressiva (passagem de movimentos amplos para precisos)

- Aos 4 meses o bebê agarra o objeto com as duas mãos
- Aos 12 meses agarra com a pinça fina de uma só mão
- Aos 12 anos toca instrumento musical



## Desenvolvimento Psicomotor

### O Desenvolvimento Psicomotor:

é um processo complexo de maturação neurológica que tem como finalidade a **autonomia**.

### Produto de:

- Fatores Genéticos
- Fatores Biológicos
- Fatores Ambientais
- Experiências vivenciadas

## Desenvolvimento Psicomotor

### Áreas do Desenvolvimento Psicomotor

- **Motricidade global** (movimentos amplos dos membros)
- **Motricidade fina** (coordenação óculo-manual)
- **Linguagem** (comunicação, compreensão e expressão)
- **Cognição não verbal** (realização de construções, encaixes e padrões)
- **Cognição verbal** (raciocínio prático, noções abstratas)
- **Pessoal-Social** (comportamento, competências sociais e autonomia)

## Desenvolvimento Psicomotor



Primeiro ano **Sensório motor**

## Desenvolvimento Psicomotor

### PADRÃO UNIVERSAL

#### • Variabilidade individual

A velocidade de passagem de um estádio ao seguinte varia de criança para criança

A idade de aparecimento de novas funções difere de umas para outras

#### • Variabilidade cultural

Impossibilidade dos chineses em dizer o "r" (impregnação fonológica)

Rolar da posição de supino para prono antes do contrário (consequência do dormir em DD)

## PRIMEIRO ANO DE VIDA

PARÂMETROS A AVALIAR	Primeira Consultas	1 mês	2 M	4 M	6 M	9 M
Sexo						
Comportamento/Alura						
IMC						
Resposta reflexiva						
Exame físico						
Coação						
Alca/marcha						
Visão						
Audição						
Desenvolvimento						
Vacinação						
Relação emocional						
Comportamento (Participação)						
Brinc de Massas Testes*						
Dietação						
Segurança do ambiente						



## PRIMEIRO ANO DE VIDA

critérios antecipatórios	Primeira Consultas	1 mês	2 M	4 M	6 M	9 M
Alimentação						
Visão: De quais quadrantes (vertical/horizontal)						
Inglúria						
Posição de dormir						
Habilidades de sono						
Habilidades motoras e reflexas						
Desenvolvimento do sorriso e engatinhar						
Temperatura normal à febre						
Sintomas/dor de cabeça						
Sintomas/dor de ouvido						
Variação comportamental e emocional						
Habilidade emocional						
Trabalho Oral						
Não há condições ou sinais antecipatórios de risco						



## ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE MARY SHERIDAN MODIFICADA



- Postura e Motricidade Global
- Visão e Motricidade Fina
- Audição e Linguagem
- Comportamento e Adaptação Social



Sinais de alarme

## ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE MARY SHERIDAN MODIFICADA

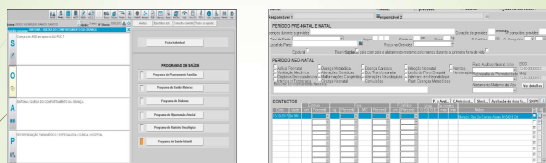
Material Sugerido	
Bola Pendente	Pequena bola, tipo pom-pom, com fio ligado
Roca	Pequena roca, semelhante a brinquedo de bebé
Cubos (20)	Dimensões: 2,5 x 2,5 cm Cores: amarelo, vermelho, verde e azul
Pinos ou Clip	Pequenos pinos de inserção em placa de brincar
Boneca	Semelhante ao humano (não utilizar peluches)
Colher, Garfo e Escova de cabelo	Pequenas dimensões (brinquedos)
Livro com figuras	
Copo / Caneca com asa	
Bola pequena	Diâmetro de 5-6cm; maleável
Panel com 10 cores + cartões de correspondência	Azul escuro, Laranja, Roxo, Preto, Amarelo, Cor-de-Rosa, Verde, Castanho, Vermelho e Azul-claro

## APLICATIVO INFORMÁTICO

### ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE MARY SHERIDAN MODIFICADA

The screenshot shows a software interface for the Mary Sheridan Modified Scale. It includes a title bar with 'Sinais de Alarme', a date field 'Data: 03/10/2009', and a time field 'Hora: 11:32'. Below the title bar, there are tabs for '4-6 Meses', '7-9 Meses', '10-12 Meses', '13-18 Meses', '19-24 Meses', '25-36 Meses', '37-48 Meses', and '49-60 Meses'. The main content area is divided into four columns, each representing a different domain of development: 'Comportamento e Adaptação Social', 'Visão e Motricidade Fina', 'Postura e Motricidade Global', and 'Audição e Linguagem'. Each column contains several assessment questions with 'Sim' (Yes) and 'Não' (No) radio button options. For example, under 'Comportamento e Adaptação Social', there is a question 'Leve uma bolinha à boca' with 'Sim' and 'Não' options. Under 'Visão e Motricidade Fina', there is a question 'Leve tudo à boca' with 'Sim' and 'Não' options. Under 'Postura e Motricidade Global', there is a question 'Sentar-se sozinho e ficar sentado por 15 a 30 s' with 'Sim' and 'Não' options. Under 'Audição e Linguagem', there is a question 'Atenção rápida para os sons, tanto perto como longe' with 'Sim' and 'Não' options. The interface also includes 'OK' and 'Cancelar' buttons at the top left.

## APLICATIVO INFORMÁTICO/ REGISTOS



Contactos		Fenómenos e Intervenções					P. a Avaliar		C. Antecipados		Sheridan		Avaliação do risco fa...		SNPI
Data	Estado	com	Parental	log	Parental	rel	Parental	com	Parental	O.D	D.E	total	min	Nótag	
19/05/2016	SA														

Obrigada pela vossa  
atenção!



**APÊNDICE IV - QUESTIONÁRIO de avaliação final do curso  
"Encontro de Pais"**



# Encontro de Pais

O presente questionário tem como objetivo compreender se o *Encontro de Pais* correspondeu às suas expectativas e se contribuiu para criar estratégias mais eficazes a um melhor desempenho do papel parental na transição para esta nova etapa familiar.

Agradecemos a sua disponibilidade para o preenchimento deste questionário de caráter anónimo.

**\*Obrigatório**

## 1. Data de nascimento do bebé \*

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

## 2. Idade da mãe \*

## 3. Número de filhos \*

Marcar apenas uma oval.

- 1  
 2  
 3  
 mais que 3

## 4. Situação profissional \*

Marcar apenas uma oval.

- Trabalhadora por conta própria  
 Desempregada  
 Outra

## 7. Considera que a sessão a que assistiu, contribuiu para aumentar os seus conhecimentos e capacidades parentais:

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Indiferente
Emoções na parentalidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimular o desenvolvimento infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotinas familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 8. Avaliação global do Curso \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Insatisfeito
Emoções na Parentalidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimular o desenvolvimento infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotinas familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 9. Sugestões de melhoria para futuros cursos e/ou novos temas:

---

---

---

---

---

## 5. Habilitações Literárias \*

Marcar apenas uma oval.

- ensino básico  
 ensino secundário  
 ensino superior  
 outra

## 6. Qual o grau de importância que atribuiu ao Curso que assistiu relativamente a \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	importante	pouco importante	indiferente	não assistiu
Emoções na parentalidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimular o desenvolvimento infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotinas familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avançar para a pergunta 7

Motivo pela qual não assistiu à(s) sessão(ões) da resposta anterior:

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários



## **APÊNDICE V - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**



# O brincar e desenvolvimento infantil dos 0 aos 3 anos: revisão da literatura

*Playing and child development from 0 to 3 years old: literature review*

**Raquel Ferreira<sup>1</sup>, Constança Festas<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Enfermeira no serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário do Porto; Mestranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem (Porto), Porto, Portugal

<sup>2</sup>Professora Associada, Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem (Porto); Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Universidade Católica Portuguesa, Portugal

## Resumo

**Enquadramento:** A criança, como ser em desenvolvimento, tem direito a que lhe sejam proporcionadas condições favoráveis a um desenvolvimento global, o mais harmonioso possível. Na primeira infância, dos 0 aos 3 anos, o desenvolvimento infantil é diretamente influenciado pela qualidade de vida da criança. Deste modo, é importante conhecer estratégias que sejam promotoras do melhor desenvolvimento infantil possível, havendo consenso de que o brincar é uma das principais atividades para esse progresso.

**Objetivo:** Identificar de que forma o brincar pode promover o desenvolvimento infantil.

**Metodologia:** Realização de uma revisão da literatura através de pesquisa na base de dados BVS, utilizando descritores em Ciências da Saúde, identificando artigos publicados entre 2018 e 2023, em inglês e português, com texto integral disponível, os quais foram posteriormente sujeitos a um processo de seleção.

**Resultados:** Após o processo de seleção foram analisados 7 artigos, entre eles ensaios randomizados, revisões sistemáticas, estudos exploratórios transversais e estudos quantitativos, que relacionam o brincar, com o desenvolvimento infantil das crianças na primeira infância. O conteúdo dos artigos abrange a análise do brincar no ambiente familiar, as interações entre crianças e os seus pais e o uso do brincar como promotor do desenvolvimento, destacando os efeitos cognitivos, afetivos e comunicacionais e a sua importância como ferramenta de aprendizagem. Os estudos evidenciam também, que a presença de adultos, concretamente dos pais no brincar, é de primordial importância na interação com as crianças e até mais influenciadora do que a própria brincadeira, na estimulação do desenvolvimento infantil.

**Conclusões:** A promoção do desenvolvimento infantil na primeira infância, é essencial para o desenvolvimento da criança, e terá um grande impacto na sua vida futura. Os artigos analisados mostram que, o brincar tem várias funções que estão relacionadas com o desenvolvimento da criança tanto a nível físico, como cognitivo e social. As brincadeiras e formas de brincar, que os pais podem desenvolver com os filhos, têm uma grande influência na promoção de uma variedade de domínios do desenvolvimento da criança, mas a qualidade da interação interpessoal que se estabelece ao brincar com a criança, é muito mais relevante que a própria brincadeira ou o tipo de brinquedos que lhe são oferecidos.

**Palavras-chave:** *Brincar. Desenvolvimento Infantil. Primeira Infância.*

## ABSTRACT

**Background:** The child, as a vulnerable being, has the right to be provided with favorable conditions for a global development, as harmonious as possible. In early childhood, from 0 to 3 years old, child development is directly influenced by the quality of life of the child. Thus, it is important to know strategies that promote the best possible child development, and there is consensus that play is one of the main activities for this progress.

**Objective:** To identify the different formats of play that promote child development.

**Methodology:** Conducting a literature review by searching online databases, using two descriptors in Health Sciences, identifying articles published between 2018 and 2023, in English and Portuguese, with full text available, which were subsequently subjected to a selection process.

**Results:** After the selection process, 7 articles were analyzed, including randomized trials, systematic reviews, cross-sectional exploratory studies, and quantitative studies, which relate play to children's early childhood development. The content of the articles covers the analysis of play in the family environment, the interactions between children and their parents, and the use of play as a promoter of development, highlighting the cognitive, affective, and communicational effects and its importance as a learning tool. The studies also show that the presence of adults, specifically parents during playtime, is of primary importance in the interaction with children, and therefore more influential than play itself in stimulating child development.

**Conclusions:** The promotion of child development in early childhood is essential for the child's development and growth, and will have a great impact on his/her future life. The articles analyzed show that, play has several functions that are related to the child's development both at physical, cognitive and social levels. This review managed to systematize the scientific knowledge about the evidence related to play and forms of play that parents can develop with their children, and the influence that these have on the child's development. Play has great potential in promoting a variety of developmental domains, but the quality of the interpersonal interaction established with the child when playing with him/her is much more relevant than the play itself or the type of toys offered.

**Keywords:** *Play, Child Development, Early Childhood*

## **Introdução**

A promoção do desenvolvimento infantil é um dos focos de atenção dos enfermeiros que trabalham com crianças, na medida que a criança é um ser vulnerável em desenvolvimento, pelo que lhe devem ser proporcionadas condições favoráveis para que esse desenvolvimento seja o mais harmonioso possível, de forma a que possa atingir o seu potencial máximo. É essencial que se desenvolvam num ambiente estável, sensível às suas necessidades nutricionais e de saúde, protegidas contra ameaças, com segurança e com interações responsivas entre o cuidador e a criança, emocionalmente favorável e estimulante, prestando-lhes atenção, respondendo às suas necessidades e interesses (World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group, 2018). Deve também ser-lhes proporcionadas aprendizagens precoces com oportunidades para brincar e explorar o ambiente que as rodeia.

O desenvolvimento infantil é parte fundamental do desenvolvimento humano e é definido como “um processo único de cada criança, que tem como finalidade a inserção na sociedade em que vive. É expresso por uma continuidade de mudanças nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diárias” (Souza, 2014).

É um processo contínuo e dinâmico e assenta em dois pilares: herança genética e as influências do meio em que a criança vive (Cunha & Oliveira, 2007). As interações que o bebé vai ter com o meio vão afetar a forma como o cérebro se vai conectar e vão influenciar o seu desenvolvimento. O cérebro é dos poucos órgãos que desenvolve sobretudo após o nascimento, e mais rapidamente até aos 3 anos. Os primeiros anos de vida são o alicerce deste processo, sendo por isso fundamental que nesta fase os bebés sejam estimulados para se desenvolverem da melhor forma possível.

Tudo acontece nos primeiros anos de vida, os primeiros 1000 dias de vida (ou seja, o período de tempo desde a conceção até os 3 anos de idade) são considerados um momento crucial na vida de uma criança, por ser um período muito sensível para o desenvolvimento do cérebro (World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group, 2018). Segundo a UNICEF as crianças nos seus primeiros 1.000 dias de vida, respondem mais rapidamente às intervenções do que em qualquer outra fase, por isso, este tempo representa uma oportunidade única e decisiva para o desenvolvimento de todo ser humano. As escolhas de estilo de vida e os comportamentos

estabelecidos na infância, podem ter consequências ao longo da vida (Moore, Arefadib, Deery, Keyes, & West, 2017), por isso é importante promover escolhas e comportamentos de estilo de vida saudáveis.

Brincar é a principal ocupação da criança (Nijhof & al, 2018). “Brincar, a par da satisfação das necessidades básicas de nutrição, saúde, habitação e educação, é uma atividade fundamental para o desenvolvimento das capacidades potenciais de todas as crianças. É um ato instintivo voluntário e espontâneo, uma atividade natural e exploratória. Brincar é comunicação e expressão, associando pensamento e ação; dá prazer e sentimento de realização. Brincar ajuda as crianças no seu desenvolvimento físico, mental, emocional e social. Brincar é um meio de aprender a viver e não um mero passatempo” (Instituto de Apoio à Criança, 2009). As crianças têm um desejo inato de brincar e, por meio da brincadeira, desenvolvem muitas habilidades para a vida, mesmo sem perceber (Hinojosa & Kramer, 2008). A criança explora o mundo através da percepção de movimentos, descoberta de sons, cheiros, texturas, sabores e cores e a partir disso usa os espaços ao seu redor através de atividades exploratórias que vão proporcionar o desenvolvimento e aprendizagem do cérebro, desenvolvimento físico e social, incluindo a linguagem e a comunicação (Moreno, 2016).

As primeiras experiências têm um impacto decisivo na arquitetura do cérebro e na natureza e qualidade da capacidade em adulto, por isso é essencial proporcionar condições favoráveis às crianças para que possam ter um desenvolvimento global o mais harmonioso possível (World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group, 2018).

Os pais são responsáveis por organizar uma variedade de experiências, dentro de casa e na comunidade, que favoreçam o desenvolvimento infantil (Bronferbrenner, 2011). Entre a diversidade de comportamentos parentais identificados como cruciais para o desenvolvimento das crianças, brincar, na interação pais-filhos emerge como um fator chave que auxilia as competências socio-emocionais das crianças (Menashe-Grinberg & Atzaba-Poria, 2017). Brincar é uma oportunidade ideal e significativa para os pais se envolverem plenamente com as crianças usando os brinquedos como instrumento de brincadeira e de interação (Healey & Mendelsohn, 2019). O desenvolvimento socio-emocional dos bebés depende das interações iniciais da criança com os pais, e esta interação, durante a brincadeira, é um dos ingredientes principais neste processo de desenvolvimento.

Os pais são assim, parte integrante das brincadeiras dos seus filhos e as experiências lúdicas estão intimamente associadas às escolhas que os pais fazem (Watchman & Spencer-Cavaliere, 2017). Apesar deste envolvimento de brincadeiras pais-filhos estar associado a uma variedade de benefícios de desenvolvimento infantil, os tipos de brincadeiras e as atitudes que mães e pais têm em relação ao brincar, ainda não estão suficientemente conhecidos. O conhecimento dos pais sobre os aspetos do brincar e a adaptação da brincadeira podem, portanto, fazer a diferença. Esta revisão tem como objetivo identificar na literatura as diferentes formas de brincar e como estas influenciam o desenvolvimento infantil das crianças na primeira infância, de modo a ajudar os pais, ou os cuidadores de crianças, a terem mais conhecimentos e competências para estruturar as experiências lúdicas dos seus filhos.

## **Metodologia**

Foi realizada uma revisão da literatura a partir da questão de partida: de que forma o brincar pode promover o desenvolvimento infantil na primeira infância?

A questão acima referida foi elaborada de acordo com a metodologia PICO, sendo que PICO representa o acrónimo **P**atients **I**ntervention **C**omparison e **O**utcome, em que: P = crianças na primeira infância (0-3 anos); I= brincar; C= não se aplica; O= promover o desenvolvimento infantil

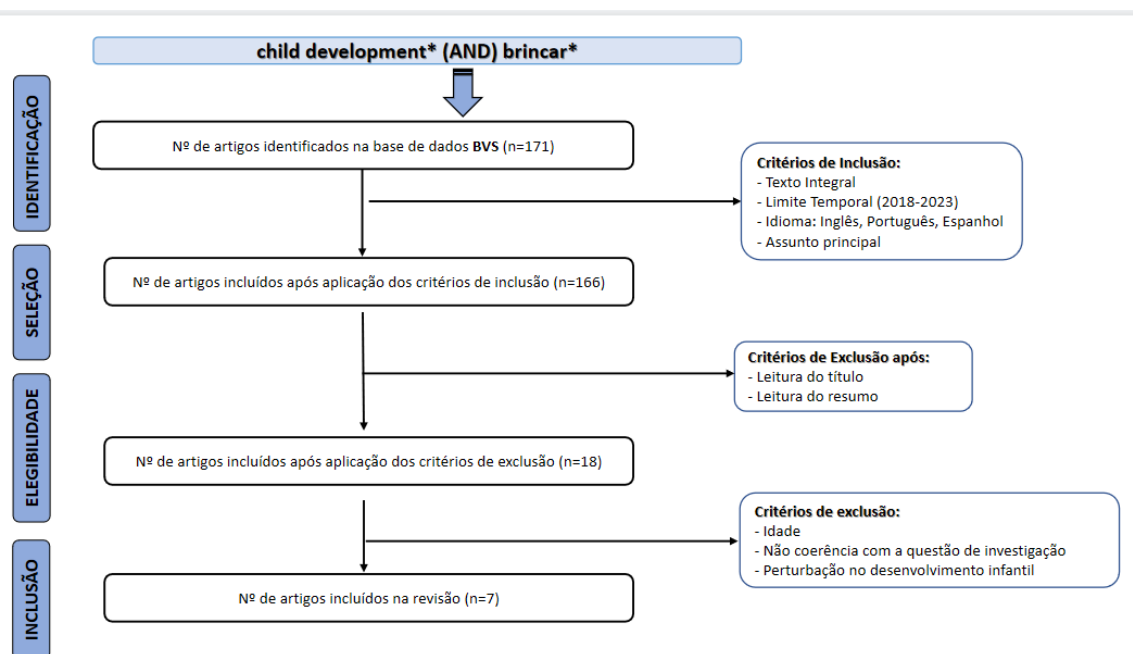
A pesquisa foi operacionalizada na base de dados BVS, através das palavras-chave: *child development* AND *brincar*, conforme a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (*DeCS*), refinada utilizando o operador booleano “AND” e os limitadores “*title, abstract, subject*” (*child development*) e “*all text*” (*brincar*).

Para a seleção de artigos foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão através de diagramas de fluxo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-ScR)* conforme apresentado na figura 1.

Como critérios de inclusão, definiram-se: artigos de investigação, publicados em português e inglês, com possibilidade de acesso ao texto completo e publicados entre 2018 e 2023. No que respeita a critérios de exclusão determinaram-se os artigos que não respondiam à questão de investigação, que saíssem da idade alvo, que abrangessem perturbações do desenvolvimento infantil e que não fossem artigos de investigação.

Acedeu-se a um total de 171 artigos, deste total de artigos para análise, 166 corresponderam aos critérios de inclusão, e foram excluídos 148 após leitura do título e resumo. Ficaram 18 artigos, que após a leitura completa, foram sendo excluídos por não responderem à questão de investigação ou apresentarem idades fora do tempo alvo ou perturbações no desenvolvimento infantil, restando no final desta seleção 7 artigos.

Por fim analisaram-se então 7 artigos completos que dão resposta à pergunta de investigação: de que forma o brincar pode promover o desenvolvimento infantil na primeira infância?



**Figura 1.** Processo de identificação e inclusão dos estudos - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow*

## Resultados

Os artigos analisados foram publicados entre 2018 e 2022, sendo o ano de 2018 o que tem maior número de publicações, 5 nomeadamente, e o ano de 2020 e 2021 contam apenas com um artigo publicado cada um. Quanto à tipologia dos artigos, 2 dizem respeito a revisões sistemáticas (Gomes et al., 2018; StGeorge et al., 2018), 2 estudos longitudinais (Nandy et al., 2020; Koskulu et al., 2021), 1 transversal

exploratório (Ribeiro, et al., 2018) 2 ensaios clínicos randomizados, em que um teve grupo de controle (Quinn & Kidd, 2018; Skaug et al, 2018).

As 2 revisões sistemáticas da literatura analisaram, respetivamente, 12 artigos sobre o brincar e os efeitos na saúde infantil (Gomes et al, 2018); e 26 artigos sobre o tipo de brincadeiras dos pais e o efeito que têm nas crianças (StGeorge et al., 2018). O estudo transversal exploratório de Ribeiro et al., (2018), procurou verificar se havia relação entre as práticas parentais, entre elas a de dar brinquedos à criança, no seu desenvolvimento motor no 1º ano de vida; um dos estudos longitudinais investigou o efeito que a brincadeira, de pais e mães individualmente, tem no desenvolvimento social e emocional das crianças (Nandy et al., 2020); o outro estudo longitudinal investigou se a quantidade e o tipo de brinquedos, influenciam a qualidade da interação entre as mães e filhos, com 12 meses de idade; o estudo randomizado de Quin et al., (2018) investigou como o jogo simbólico entre pais, e filhos com média de 18 meses de idade, tem influência no seu desenvolvimento comunicativo inicial, que é a base para a aquisição da linguagem; por último, o estudo randomizado com grupo de controle, analisou o impacto de brincar recorrendo ao uso das novas tecnologias, como os tablets, na qualidade da interação entre pais e filhos, com 2 anos de idade, e simultaneamente, o efeito que as brincadeiras com e sem meios de comunicação audiovisuais (TV e tablet) têm no desenvolvimento da criança (Skaug et al., 2018).

Os resultados referentes aos 7 artigos incluídos nesta revisão, foram apresentados na tabela 1, na qual se identificam algumas características dos estudos, como o título, o ano, o objetivo, a metodologia do estudo e os principais resultados ou conclusões.

Tabela 1 Resumo dos artigos analisados

REFERÊNCIA	OBJETIVO	METODOLOGIA	AMOSTRA	RESULTADOS /CONCLUSÕES
Gomes, N., Maia, E., & Varga, I. (abril de 2018). <b>Os benefícios do brincar para a saúde das crianças: uma revisão sistemática.</b> Arq. Ciênc. Saúde, 25(2), pp. 47-51.	Rever a literatura recente sobre o brincar e resumir seus efeitos positivos na saúde infantil.	Artigos publicados em português ou inglês, entre 2006 e 2016, nas bases de dados Elsevier Scopus, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature and Scientific Electronic Library Online  Estudo prognóstico / Pesquisa qualitativa / Revisão sistemática seis estudos qualitativos, três revisões narrativas, uma revisão sistemática, um estudo quantitativo e um estudo quali/quantitativo	12 artigos	Os dados apresentados reforçam que:  <b>Brincar parece ter influências positivas na saúde das populações pediátricas.</b>  <b>Brincar é extremamente importante para a saúde das crianças.</b> Os benefícios do brincar vão além de contribuir para um adequado crescimento biológico e desenvolvimento das crianças.  <b>Brincar influencia positivamente o desenvolvimento mental e social, bem como contribui para uma boa saúde psicossocial.</b> Nos dias de hoje, o tempo reduzido para brincar priva as crianças de experiências fundamentais para seu desenvolvimento social, afetivo, criatividade e bem-estar. Possivelmente, essa privação na infância terá efeitos na idade adulta.
Ribeiro, R., Vinolas-Prat, B., Gomes, A., & Morais, R. (2018). <b>Relação entre práticas parentais e marcas do desenvolvimento motor no primeiro ano de vida.</b> Res Pesq Fisio, 8(3).	Verificar quais práticas parentais estão mais relacionadas com o desenvolvimento motor no primeiro ano de vida.	Estudo transversal, exploratório e metodologia Apoio Multicritério à Decisão e Correlação de Spearman  Foram aplicados 2 questionários estruturados: um sobre práticas parentais e outro sobre marcas do desenvolvimento motor no primeiro ano de vida em 35 pais ou cuidadores de crianças com idade entre 12 a 24 meses.	35 pais ou cuidadores de crianças com idade entre 12 a 24 meses.	Verificou-se que <b>há relação entre as práticas parentais e o aparecimento dos marcos do desenvolvimento motor no primeiro ano de vida, a partir de 4 meses de idade.</b> As práticas relacionadas com a oferta de material para aprendizagem e liberdade de movimento foram as mais favoráveis.  Verificou-se que dos 4 aos 6 meses as práticas de não deixar no berço, colocar de pé com apoio, colocar no chão, <b>dar brinquedos variados</b> , apresentaram correlação moderada e inversa com a idade de aquisição de quatro apoios gatinhar e dar passos.  Entre os 6 aos 12 meses as práticas de não deixar no berço, colocar de pé com apoio, estimular passos, apresentaram correlação moderada e inversa com a idade de aquisição de sentar-se, sentar-se bem e dar passos.

<p>Koşkulu, S., Küntay, A., Liszkowski, U., &amp; Uzundag, B. (agosto de 2021). <b>Number and type of toys affect joint attention of mothers and infants.</b> <i>Infant Behavior and Development, 64</i></p>	<p>Investigar se crianças de 12 meses e suas mães estabelecem interações de maior qualidade na presença de mais ou menos brinquedos.</p> <p>Como objetivo secundário, investigar como os diferentes tipos de brinquedos afetam o modo como as díades mãe-bebê estabelecem a atenção conjunta.</p>	<p>Dois estudos longitudinais</p> <p>Num ambiente de jogo livre de cinco minutos, mães e bebês participaram em grupos de Cinco Brinquedos ou Doze Brinquedos. Receberam brinquedos organizacionais (brinquedos que requerem organização de peças), responsivos (brinquedos que emitem sons através da manipulação) e brinquedos simbólicos (brinquedos que provocam brincadeiras de faz-de-conta)</p>	<p>Crianças de 12 meses e suas mães divididas em dois grupos:</p> <p>Cinco Brinquedos (n=48) Doze Brinquedos (n=33)</p>	<p>Este é o primeiro estudo a mostrar que tanto o número quanto o tipo de brinquedos afetam como mães e bebês iniciam, mantêm e terminam a atenção conjunta.</p> <p>Os resultados mostraram que, em comparação com o grupo dos Doze Brinquedos, as interações no grupo dos Cinco Brinquedos eram menos frequentes, mas duravam mais.</p> <p>A atenção conjunta foi mais duradoura em brinquedos organizacionais em comparação com brinquedos simbólicos, que foram preferidos em menor grau pelas díades.</p> <p>Com brinquedos responsivos, as mães eram mais propensas a iniciar a atenção conjunta seguindo a atenção de seus bebês.</p> <p>Em suma, <b>as mães e os bebês estabelecem uma atenção conjunta de maior qualidade com menos brinquedos</b> em geral e com brinquedos organizacionais em particular.</p> <p>Ao brincar com crianças pequenas, os cuidadores devem optar por menos brinquedos com peças para serem manipulados e jogados, revezando-se com o cuidador.</p> <p>Optar por menos brinquedos em ambientes de creche e educação infantil pode facilitar a atenção compartilhada num determinado objeto ou atividade com crianças pequenas.</p>
<p>StGeorge, J., Wroe, J., &amp; Cashin, M. (2018). <b>O conceito e a medição das brincadeiras estimulantes dos pais: uma revisão.</b> Attachment</p>	<p>Resumir a evidência sobre brincadeiras desafiadoras e estimulantes dos pais, mapeando a variação nas definições de constructos e relatando a associação das brincadeiras estimulantes</p>	<p>Estudo quantitativo - 26 estudos, incluindo 16 estudos longitudinais e 10 transversais, com avaliação das brincadeiras estimulantes dos pais por meio de observação, questionário ou ambos.</p>	<p>26 estudos incluídos na revisão</p>	<p>A maioria dos estudos relatou <b>associações positivas com o desenvolvimento cognitivo, psicossocial e físico das crianças.</b></p> <p>A associação da estimulação paterna com os resultados da criança foi positiva, com efeitos positivos significativos em 22 dos 26 estudos.</p> <p>O efeito de longo prazo dos vários tipos de brincadeiras estimulantes dos pais durante a infância foi demonstrado em 16 estudos</p>

<p>&amp; Human Development, 20(6), pp</p>	<p>dos pais com os resultados da criança. O primeiro objetivo é documentar a variação no uso do constructo “brincadeira estimulante/desafiadora” na literatura sobre apego e na literatura mais ampla sobre desenvolvimento infantil. O segundo objetivo é agregar as evidências do impacto das brincadeiras estimulantes dos pais no desenvolvimento infantil.</p>	<p>Revisão sistemática na literatura, para identificar, resumir e avaliar criticamente os estudos que investigaram as brincadeiras estimulantes ou desafiadoras dos pais com seus filhos dos 0 aos 5 anos.</p>		<p>longitudinais. As atividades estimulantes dos pais com os bebês predizem resultados cognitivos positivos.</p> <p>A estimulação sensorial dos pais durante o primeiro ano de vida de uma criança foi positivamente associada a resultados cognitivos, físicos e de apego imediatos e de curto prazo.</p> <p>A estimulação cognitiva aos 2 anos foi associada à alfabetização das crianças no imediato.</p> <p>Em conclusão, a revisão mostra que <b>o envolvimento dos pais em brincadeiras estimulantes e desafiadoras é mensurável, varia em complexidade e está ligado a uma ampla gama de comportamentos infantis.</b></p>
<p>Quinn, S., &amp; Kidd, E. (maio de 2018). <b>Symbolic play promotes non-verbal communicative exchange in infant-caregiver dyads.</b> British Journal of Developmental Psychology.37, 33–50</p>	<p>Investigar como o contexto do jogo simbólico promove comportamentos que são conhecidos por serem particularmente importantes para o desenvolvimento comunicativo inicial e que fornecem a base para a aquisição da linguagem.  Explorar as diferenças em aspetos socio comunicativos específicos da interação cuidador-bebé durante o jogo simbólico e um contexto de jogo comparável, mas não simbólico, (jogo funcional).</p>	<p>Estudo randomizado para analisar a interação cuidador-bebé durante a brincadeira simbólica e a comparação com a interação num contexto não simbólico.  Foi criado um cenário de brincadeira naturalista no qual díades bebé-cuidador se envolvessem em brincadeiras simbólicas e num contexto de brincadeira comparável, mas não simbólica.  Observação de 20 minutos de brincadeira (simbólica, funcional), usando a Escala de Observação de Brincadeira</p>	<p>(N =54)  Cinquenta e quatro cuidadores primários (50 mães) e seus filhos biológicos (31 meninas) foram recrutados em uma cidade australiana de médio porte. As crianças tinham, em média, 18 meses de idade</p>	<p>Os resultados sugerem que <b>o jogo simbólico fornece um contexto rico para a troca e negociação de significado e, portanto, pode contribuir para o desenvolvimento de importantes habilidades subjacentes ao desenvolvimento comunicativo.</b></p> <p>A atenção conjunta foi estabelecida com mais frequência e sustentada por períodos mais longos no jogo simbólico do que no jogo funcional, uma descoberta que sugere que esse contexto pode promover a compreensão crescente dos bebês sobre os outros como agentes sociais intencionais.</p> <p>Bebês e cuidadores produziram mais gestos representativos com as mãos em brincadeiras simbólicas em comparação com brincadeiras funcionais. A relação simbólica entre jogo e a linguagem pode ser o uso de gestos, em que a exposição e o uso de gestos manuais pelas crianças levam a um aumento do vocabulário gestual, que por sua vez inicia o desenvolvimento do vocabulário falado. <b>O jogo simbólico é um comportamento significativo no desenvolvimento social, comunicativo e cognitivo.</b></p>
<p>Nandy, A., Nixon, E., &amp; Quigley, J. (agosto de</p>	<p>Investigar a associação entre os comportamentos lúdicos</p>	<p>Estudo longitudinal sobre a interação pais-filhos</p>	<p>Setenta e sete triades (mãe, pai,</p>	<p>A <b>brincadeira materna com brinquedos foi positivamente associada ao desenvolvimento socio-emocional das crianças,</b> mas</p>

<p>2020). <b>Parental toy play and toddlers' socio-emotional development: The moderating role of coparenting dynamics.</b> <i>Infant Behavior and Development</i>, 60</p>	<p>dos pais num contexto de coparentalidade e as competências socio-emocionais das crianças. Especificamente, examinaram se:</p> <p>(1) o envolvimento dos pais em brincadeiras com brinquedos, a facilitação verbal da brincadeira e a observação da brincadeira estariam associados ao desenvolvimento socio-emocional das crianças e (2) se a coparentalidade de apoio moderou a associação entre os comportamentos de brincadeira dos pais e as crianças pequenas 'competências socio-emocionais.</p>	<p>Uma sessão de observação de brincadeira livre de 5 minutos com os pais e a criança (contexto triádico) presentes na sala. Uma caixa contendo uma variedade de brinquedos pensados para estimular a criatividade, o humor e a imaginação foi entregue às famílias que foram convidadas a brincar com eles como fariam normalmente em casa.</p> <p>As análises foram realizadas no SPSS versão 24. para estudar os efeitos da interação entre os comportamentos de brincadeira dos pais e a coparentalidade de apoio na previsão do desenvolvimento socio-emocional de crianças pequenas.</p>	<p>criança) participaram do estudo. As idades das crianças situaram-se entre os 21 a 27 meses.</p>	<p>apenas quando essa interação ocorreu dentro de um contexto coparental de apoio.</p> <p><b>Não foram observadas associações significativas entre as brincadeiras dos pais com brinquedos e o desenvolvimento socio-emocional das crianças.</b></p> <p>A ausência completa de pistas visuais (brincadeira) pode dar às crianças menos oportunidades de aprender habilidades socio-emocionais importantes, incluindo compartilhar brinquedos, tomar a vez, controlar impulsos e focar em tarefas.</p>
<p>Skaug, S., Englund, K., Saksvik-Lehouillier, I., Lydersen, S., &amp; Wichstrøm, L. (2018). <b>Parent-child interactions during traditional and interactive media settings: A pilot randomized control study.</b> <i>Psychol</i> Apr;59(2):135-145.</p>	<p>Estudar os fatores, incluindo a interação entre pais e filhos e o uso da mídia, que podem ter implicações no desenvolvimento posterior da criança.</p> <p>Testar a hipótese que brincar entre pais e filhos com um tablet, como representante dos meios de comunicação interativa, geraria interações entre pais e filhos de maior qualidade do que brincar</p>	<p>Observar a disponibilidade emocional das mães e filhos durante os três contextos: jogo conjunto de tablet, jogo com um brinquedo e assistir a um filme na TV - e seus impactos potenciais na EA pai-filho, usando um design cruzado randomizado numa sala de laboratório.</p> <p>Aplicação de um projeto experimental para examinar os possíveis efeitos do uso de tablets interativos – mais especificamente,</p>	<p>(n =22) mães e seus filhos de 2 anos</p>	<p>As mães foram mais sensíveis e estruturantes durante o jogo conjunto em um tablet do que quando brincavam com brinquedos ou assistiam TV;</p> <p>As mães mostraram-se mais hostis com seus filhos durante as brincadeiras com brinquedos tradicionais do que durante os jogos com tablet e a co-visualização da televisão.</p> <p>Não foram encontradas evidências de que a exposição a um programa de TV dirigido a crianças atrapalha as interações sociais familiares. A co-visualização da televisão não comprometeu a qualidade das interações entre pais e filhos em comparação com brincadeiras conjuntas e jogos conjuntos com um tablet.</p>

	<p>com brinquedos ou assistir TV.</p> <p>Investigar o impacto das novas mídias interativas na qualidade das interações pais-filhos.</p>	<p>brincadeiras conjuntas com tablets – nas interações entre mães e seus filhos, em comparação com os efeitos de brincadeiras conjuntas com brinquedos tradicionais e observação passiva de uma criança a ver um programa de TV voltado para o entretenimento</p> <p>Examinar a disponibilidade emocional de pais e filhos usando um design cruzado randomizado com cinco sessões, na seguinte ordem: brincar de graça, ver TV ou jogar no tablet, brincar de brincar de graça, jogar no tablet ou ver TV, e jogo de brinquedo livre.</p> <p>Usamos duas salas: uma sala de jogos e uma sala de observação adjacente separada por uma tela unidirecional.</p> <p>Organizamos a ala de jogos para se assemelhar a uma sala de estar comum em uma casa típica. Uma cesta contendo um conjunto de brinquedos apropriados para a idade estava disponível para as três sessões de brincadeiras.</p>	<p>O efeito de brincar com brinquedos e assistir à TV foi negativo em comparação com o jogo conjunto do tablet, o que implica que a sensibilidade e a estruturação do adulto foram maiores durante o jogo conjunto do tablet do que nas duas situações de jogo.</p> <p>Tais resultados fornecem novos insights sobre o impacto dos novos mídia nas interações pais-filhos, principalmente ao <b>demonstrar que dispositivos de mídia interativa, como tablets, podem permitir interações pais-filhos que melhoram o crescimento.</b></p> <p><b>Os resultados sugerem que os tablets podem ser apresentados às crianças, desde que os pais usem a tecnologia com seus filhos.</b></p> <p>O próximo passo valioso seria fazer com que profissionais e profissionais de saúde educassem os pais sobre o valor de usar a tecnologia com seus filhos e ter discussões frutíferas sobre o conteúdo dos mídia.</p>
--	---	--	---

## **Discussão dos resultados**

Percebe-se, após análise dos estudos, que é consensual a ideia de que na primeira infância se constroem os alicerces, a base onde serão fixadas todas as estruturas para a vida. Os eventos que ocorrem na primeira infância têm impacto na vida futura da criança.

Embora hajam estudos sobre práticas parentais e o desenvolvimento infantil, a literatura é escassa relativamente à relação com o desenvolvimento motor, pelo que o estudo de Ribeiro, Vinolas-Prat, Gomes e Morais (2018) focou essencialmente este domínio. O ambiente familiar é fundamental para a aprendizagem e desenvolvimento ao longo da vida, especialmente durante os primeiros anos, e exerce um papel fundamental no desenvolvimento motor infantil. Os pais são responsáveis por organizar uma variedade de experiências dentro de casa e na comunidade, que favorecem o desenvolvimento infantil. Há relação entre as práticas parentais e o aparecimento dos marcos do desenvolvimento motor no primeiro ano de vida, a partir de 4 meses de idade. As práticas relacionadas com a oferta de material para aprendizagem (dar brinquedos variados) estão entre as mais favoráveis. É de todo o interesse que os pais, os profissionais de saúde e educadores reconheçam quais as práticas que favorecem os marcos motores de latente (Ribeiro, Vinolas-Prat, Gomes, & Morais, 2018).

É amplamente focada nestes artigos, a importância atribuída ao brincar e à brincadeira.

A revisão sistemática sobre a influência do brincar na saúde infantil, feita por Gomes et al. (2018), demonstra que brincar, influencia positivamente o desenvolvimento mental e social, bem como contribui para uma boa saúde psicossocial da criança. A brincadeira é considerada fundamental para o desenvolvimento infantil, pois potencializa a aquisição de habilidades físicas, cognitivas, sociais e afetivas. Assim, uma criança que brinca será mais saudável do que uma criança que não tem as oportunidades suficientes de brincar (Gomes, Maia, & Varga, 2018).

Os estudos demonstraram, no entanto, que não são necessários muitos brinquedos para se conseguir estabelecer uma boa ligação com a criança. Na análise do “efeito do número e tipo de brinquedos nas brincadeiras das crianças e nas interações pais-filhos” (Koşkulu, Küntay, Liskowski, & Uzundag, 2021), o estudo mostrou que tanto o número

quanto o tipo de brinquedos, afetam como mães e bebês iniciam, mantêm e terminam a atenção conjunta. Concluiu-se que mães e bebês estabelecem uma atenção conjunta de maior qualidade com menos brinquedos. Na presença de mais brinquedos, gastaram menos tempo em cada brinquedo antes de passar para o próximo. Assim, o número de brinquedos também afeta a atenção das crianças, de modo que, na presença de um único brinquedo, as crianças de um ano têm uma atenção focada mais longa em comparação com seis brinquedos disponíveis.

Uma das áreas que fazem parte do desenvolvimento infantil é a linguagem. Brincar com os pais, tem também um papel importante no desenvolvimento da linguagem das crianças. A quantidade e a frequência da linguagem falada às crianças por cuidadores adultos durante os primeiros anos é um fator chave no desenvolvimento da linguagem das crianças (Moreno, 2016). Neste âmbito, os estudos demonstraram também, que o jogo simbólico, é uma atividade significativa no desenvolvimento social, comunicativo e cognitivo da criança. Quinn & Kidd, (2018), sugerem que o jogo simbólico pode contribuir para o desenvolvimento de importantes habilidades subjacentes ao desenvolvimento, nomeadamente o comunicativo. Os contextos simbólicos de jogo, para além de exigirem maior atenção conjunta entre mães e bebês, levam a um aumento do vocabulário gestual (uso de gestos manuais pelas crianças), que por sua vez inicia o desenvolvimento do vocabulário falado da criança. Conclui-se assim, que, a natureza rica do jogo simbólico é um contexto que provoca e pode até cultivar habilidades fundamentais cruciais para o desenvolvimento comunicativo da criança (Quinn & Kidd, 2018).

A revisão de StGeorge, Wroe e Cashin (2018), sobre “o conceito e a mensuração das brincadeiras estimulantes dos pais” mostra que o envolvimento dos pais em brincadeiras estimulantes está ligado a uma ampla gama de comportamentos infantis e reforça o efeito sobre a estimulação cognitiva da criança. A estimulação paterna teve resultados positivos e significativos em 22 dos 26 estudos, demonstrando que as atividades desenvolvidas são cognitivamente estimulantes para as crianças. As interações do pai pretendiam desenvolver a mente da criança por meio de interações criativas e orientadas para objetivos em brincadeiras. Para além dos pais servirem como uma base segura, encorajando a criança a explorar o mundo, as brincadeiras estimulantes têm efeitos no desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial da criança. No entanto, a estimulação pode variar em tempo, frequência ou consistência ao longo do tempo, assim

como o efeito sobre a criança. Por exemplo, ler e contar histórias ou passear, foram rotulados como estimulantes, mas se um livro for lido de uma maneira muito vulgar, e um passeio no parque com o pai preocupado com o seu telemóvel, podem deixar de ser estimulantes. As descrições desse estilo de brincadeira podem ajudar educadores e profissionais de saúde que trabalham com famílias a desenvolver estratégias e intervenções que potenciem a interação pai-filho (StGeorge, Wroe, & Cashin, 2018).

O desenvolvimento socio-emocional dos bebés depende das interações iniciais com os pais. A investigação para “determinar a associação entre os comportamentos lúdicos dos pais e as competências socio-emocionais das crianças”, feita por Nandy, Nixon e Quigley (2020), analisou setenta e sete famílias com crianças entre os 21 a 27 meses, às quais foi entregue uma caixa com brinquedos pensados para estimular a criatividade, o humor e a imaginação, a brincar como fariam normalmente em casa. Essa observação permitiu concluir que a brincadeira com as mães, foi positivamente associada ao desenvolvimento socio-emocional das crianças, mas apenas quando essa interação ocorreu dentro de um contexto coparental positivo (seguro e de confiança), o mesmo não aconteceu com as brincadeiras dos pais. Embora as mães e pais passassem a mesma quantidade de tempo envolvidos em brincadeiras com brinquedos, observaram-se diferenças nos comportamentos e estratégias de brincadeiras que usaram para manter as crianças envolvidas. Os pais adotaram uma abordagem de jogo menos orientada para um objetivo em comparação com as mães. Eles também foram menos propensos do que as mães a seguir o exemplo ou a atenção da criança, mudando frequentemente de uma atividade lúdica para outra e introduzindo estratégias muito desafiadoras para crianças pequenas. Brincar com brinquedos num ambiente de coparentalidade menos favorável é caracterizado por maiores desentendimentos e comportamentos menos cooperativos entre os pais. Os resultados deste estudo destacam a importância de ter em consideração a dinâmica familiar ao examinar as relações entre os comportamentos de brincadeira dos pais e as competências socio-emocionais das crianças.

As interações entre pais e filhos são essenciais para o desenvolvimento socio-emocional das crianças, como demonstrado nesta pesquisa. No entanto, estas interações podem sofrer alterações com a interferência de alguns fatores. A exposição/tempo de écran (“mídia de tela”), é sugerida como um desses fatores, e foi explorada no estudo randomizado de Skaug et al. (2018), em que foi levantada e investigada a hipótese de que brincar entre pais e filhos com um tablet, como um exemplo da mídia interativa, geraria

interações entre pais e filhos de maior qualidade, do que brincar com brinquedos ou ver televisão. Assim, foi analisada a disponibilidade emocional das mães e dos filhos de 2 anos durante os três contextos anteriores. Entre outros resultados, as mães foram mais sensíveis e estruturantes durante o jogo conjunto com um tablet do que quando brincavam com brinquedos ou viam televisão. Além disso, as mães mostraram-se mais hostis com seus filhos durante as brincadeiras com brinquedos tradicionais do que durante os jogos com o tablet e a co-visualização da televisão. Não se encontraram evidências indicando que a exposição a um programa de TV apropriados para crianças atrapalha as interações sociais familiares. Os resultados sugerem assim, que os tablets podem ser dados às crianças, desde que os pais usem a tecnologia com seus filhos. Tais descobertas fornecem novos insights sobre o impacto das novas mídias nas interações pais-filhos, principalmente ao demonstrar que dispositivos de mídia interativa, como tablets, podem permitir interações pais-filhos que melhoram o crescimento (Skaug, Englund, Saksvik-Lehouillier, Lydersen, & Wichstrøm, 2018).

Diante do exposto, neste conjunto de artigos analisados, observa-se que o brincar é comprovadamente um estímulo ao desenvolvimento motor, cognitivo e psicossocial da criança.

## **Conclusões**

O presente estudo teve como objetivo analisar na literatura especializada e atual, a relação entre o brincar e o desenvolvimento infantil na primeira infância. Reconhecer os benefícios do brincar é crucial para permitir que uma criança se desenvolva harmoniosamente, pois os primeiros anos de vida devem ser aproveitados para estimular e desenvolver a sua curiosidade através de uma ampla variedade de experiências lúdicas. A estimulação é tão importante para o crescimento psicossocial como a comida para o crescimento físico.

O papel da brincadeira no desenvolvimento infantil é tão importante que foi reconhecido como um direito de toda criança pelas Nações Unidas (ONU, 1989).

Após a análise e discussão dos artigos, conclui-se que brincadeira promove o desenvolvimento infantil na primeira infância, destacando-se nestes estudos, as áreas do desenvolvimento cognitivo (linguagem), emocional, social e motor da criança. Outro

aspecto destacado nos artigos desta revisão é a importância da presença dos pais no brincar, que tem um efeito potenciador do desenvolvimento da criança, favorecendo simultaneamente o relacionamento interpessoal e aumentando a qualidade da interação pais e filhos. A brincadeira é um agente de socialização de primeira linha e assegura a estimulação necessária para a criança aprender a partir das interações com o ambiente.

Os brinquedos são importantes no desenvolvimento da primeira infância em relação à facilitação do desenvolvimento cognitivo, interações de linguagem, brincadeiras simbólicas e de faz de conta, resolução de problemas, interações sociais e atividades físicas, com importância crescente à medida que as crianças passam da infância para a primeira infância (Goldstein, 2012). Um dos propósitos mais importantes de brincar com brinquedos durante a infância, e especialmente na primeira infância, não é educacional, mas sim facilitar interações e relacionamentos calorosos e solidários (Healey & Mendelsohn, 2019). O tipo de brinquedos que se dá à criança é muito menos importante do que a qualidade da interação pessoal que ocorre. Colocar um móbil em cima do berço e brinquedos num parque, não é suficiente para o desenvolvimento social, emocional e intelectual ótimo de uma criança. As crianças precisam que se brinque com elas e não apenas que lhes seja permitido brincar. Assim, o brinquedo mais educativo é aquele que promove interações entre cuidadores e crianças.

Nos dias de hoje, as crianças têm rotinas cada vez mais complexas e exigentes, com tempo reduzido para recreio e brincadeiras livres. Esse tempo reduzido para brincar priva as crianças de experiências fundamentais para seu desenvolvimento social e afetivo, criatividade e bem-estar. Possivelmente, essa privação na infância terá reflexos na vida adulta, sendo por isso importante, o desenvolvimento de pesquisas nesse âmbito, para complementar a evidência da necessidade de tempo para brincar durante a vida da criança, especialmente durante a sua infância.

Neste sentido é importante conhecer os marcos do desenvolvimento que vão permitir aos enfermeiros orientar os pais, relativamente a jogos próprios e intervenções na área do lúdico, que podem desenvolver com as crianças pois permitem interagir com as crianças e favorecer a estimulação, a todos os níveis, do seu desenvolvimento.

Com esta revisão não foi possível esgotar a temática, mas foi possível aumentar o conhecimento da relação entre o brincar e o desenvolvimento infantil na primeira infância. Espera-se que esta revisão tenha contribuído para a produção de evidência

sistematizada que possa ajudar os profissionais de saúde, nomeadamente os EEESIP a influenciar os pais a brincarem livremente com os seus filhos e sobre quais as melhores formas de o fazer, no sentido de proporcionar um ótimo desenvolvimento infantil durante a primeira infância. Sugere-se, no entanto, a realização de mais estudos aprofundados sobre a diversidade de brincadeiras, demonstrando quais são as mais adequadas para cada fase do desenvolvimento e quais são as consequências indiretas da falta desse estímulo na infância, na vida futura da criança.

## **Bibliografia**

- Baetson, P. (2015). Ludicidade e criatividade. *Atual Biol.*, 25.
- Bronferbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, I., & Oliveira, C. (2007). Infância e desenvolvimento. pp. 31-41. Obtido de [http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/910/2/Cad6\\_InfanciaDesenvolvimento.pdf](http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/910/2/Cad6_InfanciaDesenvolvimento.pdf)
- Goldstein, J. (2012). *Play in children's development, health and well-being*. Bruxelas: Toy Industries of Europe. Obtido de <https://www.toyindustries.eu/wp-content/uploads/2010/11/Play-in-childrens-development-health-and-well-being-final.pdf>
- Gomes, N., Maia, E., & Varga, I. (abril de 2018). Os benefícios do brincar para a saúde das crianças: uma revisão sistemática. *Arq. Ciênc. Saúde*, 25(2), pp. 47-51. doi:doi.org/10.17696/2318-3691.25.2.2018.867
- Healey, A., & Mendelsohn, A. (2019). Selecionando brinquedos apropriados para crianças pequenas na era digital. *Pediatrics*, 143(1).
- Hinojosa, J., & Kramer, P. (2008). *Brincar na terapia ocupacional para crianças*. St Louis: Parham LD, Fazio LS, editores.
- Instituto de Apoio à Criança. (março de 2009). *Boletim do centro de estudos e documentação sobre a infância*. (13).
- Koşkulu, S., Küntay, A., Liszkowski, U., & Uzundag, B. (agosto de 2021). Number and type of toys affect joint attention of mothers and infants. *Infant Behavior and Development*, 64. doi:<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2021.101589>
- Menashe-Grinberg, M., & Atzaba-Poria, N. (outubro de 2017). Mother-child and father-child play interaction: the importance of parental playfulness as a moderator of the links between parental behavior and child negativity. *Infant Mental Health Journal*, 38(6). doi:10.1002/imhj.21678

- Moore, T., Arefadib, N., Deery, A., Keyes, M., & West, S. (2017). Os primeiros mil dias: um documento de evidência. Centro de Saúde Infantil Comunitária.
- Moreno, M. (2016). Supporting Child Play. *JAMA Pediatrics*, 170(2), p. 184. doi:<https://doi.org/10.1001/JAMAPEDIATRICS.2015.2505>
- Nandy, A., Nixon, E., & Quigley, J. (agosto de 2020). Parental toy play and toddlers' socio-emotional development: The moderating role of coparenting dynamics. *Infant Behavior and Development*, 60. doi:<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101465>
- Nijhof, S., & al, e. (2018). Healthy play, better coping: The importance of play for the development of children in health and disease. *Neurosci Biobehav Rev*, 95, pp. 421-429. doi:10.1016/j.neubiorev.2018.09.024
- ONU, A. G. (1989). Convenção sobre os direitos da criança. Obtido de <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>
- Quinn, S., & Kidd, E. (maio de 2018). Symbolic play promotes non-verbal communicative exchange in infant–caregiver dyads. *British Journal of Developmental Psychology*. doi:<https://doi.org/10.1111/bjdp.12251>
- Ribeiro, R., Vinolas-Prat, B., Gomes, A., & Morais, R. (2018). Relação entre práticas parentais e marcas do desenvolvimento motor no primeiro ano de vida. *Res Pesq Fisio*, 8(3). doi:10.17267/2238-2704rpf.v8i3.1836
- Skaug, S., Englund, K., Saksvik-Lehouillier, I., Lydersen, S., & Wichstrøm, L. (2018). Parent–child interactions during traditional and interactive media settings: A pilot randomized control study. *Psychol*. doi:<https://doi.org/10.1111/sjop.12420>
- Souza, J. (2014). Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I. Tese, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- StGeorge, J., Wroe, J., & Cashin, M. (2018). O conceito e a medição das brincadeiras estimulantes dos pais: uma revisão. *Attachment & Human Development*, 20(6), pp. 634-658. doi:10.1080/14616734.2018.1465106
- Watchman, T., & Spencer-Cavaliere, N. (2017). Os tempos mudaram: Perspectivas dos pais sobre brincadeiras e esportes livres para crianças. *Psychol Sport Exerc*, 32, pp. 102-112.
- World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group. (2018). Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>