



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

---

LISBOA · PORTO

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

**PROMOVER O DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA  
PRIMEIRA INFÂNCIA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA**

**Promoting child development in early childhood:  
Specialist Nurse Intervention**

Por

Filipa Alexandra Assunção Neves

Lisboa, 2021





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

---

LISBOA · PORTO

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

**PROMOVER O DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA  
PRIMEIRA INFÂNCIA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA**

**Promoting child development in early childhood:  
Specialist Nurse Intervention**

Por

Filipa Alexandra Assunção Neves

Sob a orientação de Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, 2021



***“Se mudarmos o início da história,  
mudamos toda a história”***

Dimitri A. Christakis



## AGRADECIMENTOS

Chego ao fim deste caminho com um enorme sentimento de realização, pois apesar dos obstáculos, das dificuldades, dos desafios e das dúvidas alcancei mais um patamar da minha construção enquanto pessoa e profissional. Mas só finalizo com a certeza de que foi graças ao apoio incondicional daqueles que junto de mim, lutaram para que tudo isto fosse possível. Por isso deixo um agradecimento especial a todos aqueles que me auxiliaram e encorajaram a alcançar a meta do meu caminho.

Aos meus filhos, Tiago e Duarte, pela paciência, força, carinho e inspiração.

Ao Miguel pelo incentivo, dedicação, ajuda, força e por me amparar nos momentos difíceis.

À minha família e amigos pelo apoio e compreensão nos períodos de maior ausência. A todas as colegas e amigas, em especial à Joana pela amizade, partilha, disponibilidade e força.

A todo o corpo docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, em especial à Professora Doutora Elisabete Nunes pela disponibilidade, orientação e conhecimento transmitido.

Às enfermeiras Helena, Sofia e Susana e restantes equipas disciplinares dos contextos de estágio pela simpatia, disponibilidade e partilha de saberes.

A todas as crianças e famílias que me inspiraram neste percurso e me possibilitaram fazer parte das suas vivências.

A todos os meus colegas e amigos pela compreensão, apoio e incentivo.



## RESUMO

A promoção do desenvolvimento infantil é um dos focos de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica na medida que a criança é um ser vulnerável devido à sua condição humana, pelo que deve ser proporcionado condições favoráveis a um desenvolvimento global o mais harmonioso possível, para que possa atingir o seu potencial máximo. Este trabalho pretende desenvolver práticas promotoras do desenvolvimento infantil, em todos os contextos de cuidados de modo a reduzir o impacto negativo das experiências adversas e a potenciar experiências positivas. Assim como proporcionar um cuidado num ambiente estável, sensível às necessidades da criança, com a proteção contra ameaças e com oportunidades de aprendizagem precoce e interações responsivas, emocionalmente favoráveis e estimulantes.

Este relatório tem como objetivo a exposição das aprendizagens obtidas no percurso formativo e o consequente desenvolvimento e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, através da metodologia de trabalho descritiva, reflexiva e crítica, sustentada na reflexão sobre as práticas e o seu confronto com a evidência científica de enfermagem e de outras disciplinas. Neste processo formativo, para sustentar teoricamente esta problemática e orientar o estudo mobilizei o Modelo de Promoção de Saúde de Nola J. Pender, integrando a filosofia dos Cuidados Centrados na Família e Não Traumáticos alicerçado num corpo de conhecimento científico relacionado com os Cuidados para o Desenvolvimento.

As atividades desenvolvidas deram resposta ao objetivo transversal aos diferentes contextos de estágio: desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, na promoção de cuidados que promovam o desenvolvimento infantil, bem como habilidades para uma prestação de cuidados de nível avançado, numa lógica de cuidado humano e holístico, permitindo, em última análise, o desenvolvimento de saberes e competências científicas, técnicas e humanas especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Criança, Desenvolvimento infantil

## ABSTRACT

The promotion of child development is one of the focuses of action of the Nurse Specialist in Child Health and Pediatric Nursing because the child is a vulnerable being due to their human condition, which must be provided with favorable conditions for a global development as harmonious as possible, so it can reach its full potential. This work aims to develop practices that promote child development in all care contexts in order to reduce the negative impact of adverse experiences and enhance positive experiences. As well as providing care in a stable environment, sensitive to the child's needs, with protection against threats and with opportunities for early learning and responsive, emotionally supportive and stimulating interactions.

This report aims to expose the learning obtained in the formative path and the consequent development and acquisition of skills of Specialist Nurse and Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing, through the descriptive, reflective and critical work methodology, supported by reflection on the practices and their confrontation with scientific evidence from nursing and other disciplines. In this training process, to theoretically support this problem and guide the study, I mobilized the Health Promotion Model of Nola J. Pender, integrating the philosophy of Family-Centered and Non-Traumatic Care, and based on a scientific body related to Care for Development.

The activities developed responded to the transversal objective to the different internship contexts: to develop the competences of a Specialist Nurse in Child and Pediatric Health, in the promotion of care that promotes child development, as well as skills for providing advanced level care, in a logic of humane and holistic care, ultimately allowing the development of scientific, technical and human knowledge and skills specialized in child health nursing and pediatrics.

**Keywords:** Nursing, Child, Child Development

## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

CCF - Cuidados Centrados na Família

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN - Recém-Nascidos

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO .....	15
1.1 Modelo teórico de promoção de saúde .....	15
1.2 Desenvolvimento infantil e promoção do desenvolvimento infantil .....	18
1.3 Cuidar em Enfermagem e Cuidar em Enfermagem Pediátrica.....	22
1.4 Intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil dos 0 aos 8 anos: <i>scoping review</i> .....	24
2. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	29
2.1 Contextualização do estágio final .....	29
2.2 Competências desenvolvidas em contexto de estágio .....	33
2.2.1 Domínio da prestação de cuidados .....	33
2.2.2 Domínio da gestão de cuidados .....	43
2.2.3 Domínio da formação .....	47
2.2.4 Domínio da investigação .....	52
2.3 Competências previamente adquiridas no serviço de neonatologia .....	53
3. CONCLUSÃO E PROJETOS FUTUROS .....	59
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS.....	79
Anexo I - Diagrama do modelo de Promoção de Saúde (Pender et al., 2014).....	80
Anexo II – Certificado de apresentação de poster com o tema “Intervenções promotoras do desenvolvimento infantil dos 0 aos 8 anos: <i>scoping review</i> ” no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição on-line). .....	82
APÊNDICE .....	84
Apêndice I – Intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil dos 0 aos 8 anos: <i>scoping review</i> . .....	85

Apêndice II – Relatório do caderno informativo sobre “Cuidados a ter com o seu bebé até aos 2 anos”.....	116
Apêndice III – Reflexão sobre a gestão de equipas nos cuidados de saúde .....	141
Apêndice IV – Relatório da Sessão de Formação: “Cuidados à criança – Promovendo o desenvolvimento infantil”.....	156
Apêndice V – Relatório da Sessão de Formação: Gestão das emoções da criança e família .....	178
Apêndice VI – Poster com o tema Intervenções promotoras do desenvolvimento infantil dos 0 aos 8 anos: scoping review.....	203

## INTRODUÇÃO

O presente relatório é o resultado da reflexão e fundamentação das atividades realizadas e competências desenvolvidas, no âmbito da unidade curricular “Estágio e Relatório”, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa do Instituto de Ciências da Saúde, no ano letivo 2019/2020, sob a orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes.

Em funções num serviço de neonatologia com uma população tão específica tive a necessidade de alargar a minha experiência profissional e a adquirir mais conhecimentos e competências para conseguir prestar cuidados com maior qualidade, satisfação, segurança e competência procurando responder melhor às necessidades das crianças e famílias. Posto que o Enfermeiro Especialista “envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante e pertinente” (Regulamento nº140/2019, p. 4744). No caso do EEESIP presta cuidados especializados ao binómio criança e famílias utilizando o modelo conceptual centrado na criança e família, trabalhando em qualquer contexto de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível (Regulamento nº 422/2018).

Ao considerar que os cuidados de enfermagem à criança e família têm como particular atuação a “promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil” (Regulamento nº 422/2018, p. 19192). Sendo o desenvolvimento infantil definido como uma progressão ordenada de habilidades (motoras, cognitivas, sociais) que são formadas por uma interação de potencial genético e oportunidades ambientais (Black et al., 2015; Papalia et al., 2013), em que o cérebro evolui para se adaptar à enorme gama de experiências iniciais (Britto et al., 2017).

Existindo evidências crescentes que quando se promove o desenvolvimento e crescimento saudável nos primeiros anos há uma melhoria da equidade em saúde, uma melhoria da aprendizagem e do desempenho académico, assim como uma redução dos níveis de criminalidade e violência e criam-se as condições para a saúde e felicidade destas no presente e no futuro (Black et al., 2015; Tomlinson et al., 2019). Investir no desenvolvimento da primeira infância, definida com o período do nascimento aos oito anos de idade, fornecendo orientações para ajudar os pais/cuidadores a construir

relacionamentos mais fortes com as crianças e a resolver desafios de forma a fornecer cuidados nutritivos foi a problemática que me levou a averiguar as intervenções que o enfermeiro pode desenvolver para promover o desenvolvimento infantil porque o investimento em intervenções de alta qualidade, especialmente para crianças que sofrem desvantagens no início da vida, pode contribuir para reduzir essas lacunas socioeconômicas na saúde e no desenvolvimento infantil (Collier et al., 2020).

Para nortear a minha aprendizagem, uma vez que a enfermagem é guiada pela teoria e pela prática, na medida que as teorias de enfermagem orientam a prática, ajudando os enfermeiros a clarificar o processo de saúde e a procurar uma consciencialização sobre as abordagens do cuidado (Younas & Quennell, 2019) justifica-se a mobilização do Modelo de Promoção de Saúde de Nola J. Pender como conceção teórica orientadora, integrando a filosofia dos CCF. Este referencial descreve a natureza multidimensional das pessoas e como interagem com o seu ambiente na busca de saúde (Pender et al., 2014). Delineei como objetivo transversal aos diferentes contextos de estágio: desenvolver competências de EESIP, na promoção de cuidados que promovam o desenvolvimento infantil. A elaboração deste relatório teve como principal propósito transmitir o percurso nos diferentes contextos de estágio, as escolhas e as atividades desenvolvidas numa perspetiva crítica e reflexiva evidenciando as competências, comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de EESIP.

O relatório encontra-se dividido em cinco capítulos: no primeiro, desenvolvo o enquadramento teórico, abordando o modelo de promoção de saúde de Nola J. Pender, o conceito de desenvolvimento infantil e promoção do desenvolvimento infantil, posteriormente o processo de cuidar e cuidar em pediatria e por fim apresento as intervenções promotoras do desenvolvimento infantil dos 0 aos 8 anos, *scoping review*; no segundo capítulo apresento uma análise reflexiva do percurso efetuado, especificando os objetivos, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas de enfermeiro especialista nos quatro domínios de atuação (prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação) ao longo dos três contextos clínicos e durante a minha experiência profissional; por último concluo apresentado as considerações finais de todo o percurso e algumas perspetivas futuras. Para finalizar, apresento em apêndice os documentos desenvolvidos ao longo do percurso formativo.

Este relatório foi elaborado de acordo com as normas de citação e referenciação bibliográficas American Psychological Association (American Psychological Association, 2019)

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Tudo acontece nos primeiros anos de vida. É nos primeiros anos que a criança constrói os seus alicerces, a base sobre a qual é construída as aprendizagens e crescimento futuro (Institute of Medicine and National Research Council, 2015). 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 et al., 2018).

### 1.1 Modelo teórico de promoção de saúde

A enfermagem é guiada pela teoria e pela prática. As teorias de enfermagem orientam a prática, ajudando os enfermeiros a clarificar o processo de saúde e a procurar uma consciencialização sobre as abordagens do cuidado (Younas & Quennell, 2019). As teorias de enfermagem proporcionam o aprimoramento da prática e orientam o cuidado, na medida que, cada uma delas realça uma perspetiva (Saviato & Leão, 2016). Assim sendo, após conhecer e refletir sobre as diferentes teorias de enfermagem orientei o relatório, a reflexão das atividades desenvolvidas e o meu exercício profissional pelo modelo de promoção de saúde de Nola J. Pender, inserido no paradigma de Transformação, de modo a facilitar a compreensão das necessidades da criança/jovem e sua família, orientar as soluções que respondem a essas necessidades e interesses e auxiliar a promoção da reflexão e decisão no ato de cuidar, possibilitando maior oportunidade de alcançar os objetivos propostos tanto na promoção da saúde como na prevenção de doenças, consigo assim a promoção do desenvolvimento infantil o mais harmonioso possível.

As teorias têm tido um contributo crucial para a formação de uma base sólida do conhecimento da disciplina de enfermagem capaz de organizar os conceitos centrais da disciplina – Pessoa, Saúde, Enfermagem e Ambiente, constituem-se como os referenciais fundamentais para a disciplina e para a prática (Ribeiro et al., 2018).

No modelo teórico de promoção de saúde de Nola J. Pender o conceito de **saúde** é definido como “uma atualização do potencial humano inerente e adquirido por meio de comportamentos direcionados e objetivos, autocuidado competente e relacionamentos satisfatórios com os outros; uma experiência de vida em evolução” (Pender, 2011, p. 3). A saúde é considerada um “aspeto familiar, individual e comunitário, com ênfase na melhoria

do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doença, devendo ser desenvolvido durante todo o processo de desenvolvimento humano” (Victor et al., 2005, p. 238). A doença é considerada como um evento distinto ao longo da vida, de curta (aguda) ou longa (crônica) duração, que podem dificultar ou facilitar a busca contínua pela saúde (Pender, 2011). No que se refere ao conceito de **ambiente** é entendido como “o contexto social, cultural e físico no qual o curso da vida se desenvolve, podendo ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo e facilitador para comportamentos que melhoram a saúde” (Pender, 2011, p. 3). No que respeita ao conceito de **pessoa** é definido como “um organismo biopsicossocial parcialmente moldado pelo ambiente, mas também busca criar um ambiente no qual o potencial humano inerente e adquirido possa ser totalmente expresso”. Deste modo a “relação entre pessoa e ambiente é recíproca”. As características individuais e as experiências de vida vão moldar os comportamentos, incluindo os comportamentos de saúde (Pender, 2011, p. 3). A OE (2018) acrescenta que a pessoa em pediatria, refere-se ao binómio criança/jovem e sua família, sendo que a criança ou o jovem depende dos cuidados da família para eliminar as suas necessidades e adquirir conhecimentos que lhe permita desenvolver-se até atingir a sua autonomia. A família desempenha um papel vital no desenvolvimento de crenças e comportamentos de saúde, que permaneceram ao longo da vida da criança/jovem uma vez que as informações sobre saúde são compartilhados e os comportamentos são aprendidos, praticados e reforçados nas rotinas diárias, que são facilitados ou dificultados pelos valores e crenças familiares (Pender et al., 2014). Portanto é essencial desenvolver junto das famílias intervenções promotoras para o desenvolvimento infantil e para o bem-estar familiar para que se iniciem comportamentos saudáveis desde a infância. Por fim o conceito de **enfermagem** é definido pela “colaboração entre indivíduos, famílias e comunidades para criar as condições mais favoráveis para a expressão de uma saúde ótima e de alto nível de bem-estar” (Pender, 2011, p. 3).

A promoção de saúde é um “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou grupo devem de estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio” (First International Conference on Health Promotion, 1986), p. 1). Esta definição de promoção de saúde destaca que os programas de promoção para a saúde devem considerar todos os componentes de saúde (físico, mental, social e espiritual), envolver todas as partes interessadas em todas as fases

do projeto, permitindo que indivíduos e comunidades assumam o controle dos fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde (*empowerment*) de forma a alcançar equidade na saúde e justiça social (Pender et al., 2014).

O modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender, foi desenvolvido na década de 80 por Nola J. Pender e é um guia para explorar os complexos processos biopsicossociais que motivam os indivíduos a desenvolverem comportamentos direcionados à melhoria da saúde (Pender et al., 2014). Uma vez que ao contrário de outros modelos de prevenção, o modelo de promoção de saúde não inclui o medo ou ameaça como fonte de motivação para o comportamento de saúde. Embora as ameaças imediatas à saúde tenham demonstrado motivo de ação a longo prazo não tem a mesma força motivacional (Pender et al., 2014).

O Modelo Teórico de Nola Pender permite avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde através do estudo da inter-relação de três pontos principais: as características e experiências individuais, as cognições específicas de comportamento e afeto e o comportamento de promoção da saúde desejável, como está representado no anexo I. Como podemos aferir no anexo I, são muitos os fatores que interferem nos comportamentos de saúde, pelo que os enfermeiros precisam de estabelecer estratégias de intervenção dirigidas não só para o indivíduo, mas também para todo o ambiente e outras pessoas envolventes para direcionar a pessoa no sentido desejado.

A primeira categoria, as características e experiências individuais explora o conceito que cada pessoa tem sobre o seu próprio conjunto de características e experiências, que por sua vez vão moldar as suas ações. A importância do seu efeito depende do comportamento alvo que está naquele momento a ser considerado. A pesquisa indica que muitas vezes o melhor preditor de comportamentos é a frequência do mesmo ou um comportamento semelhante no passado. O seu efeito no comportamento atual de promoção de saúde é devido à formação de hábito por meio de percepções de autoeficácia, barreiras de benefício e afeto relativo ao mesmo. Se os benefícios forem vivenciados no início do curso do comportamento existe maior probabilidade de repetição do comportamento. Como todos os comportamentos são acompanhados por emoções ou afetos, se este for positivo durante ou após o comportamento é codificado na memória. O enfermeiro tem o papel de ajudar a pessoa a moldar a sua história comportamental positiva para o futuro, concentrando os benefícios do comportamento, ajudando a ultrapassar os obstáculos para o comportamento ser atingido e deste modo a pessoa vai construindo altos níveis de eficácia e afeto positivo por meio de uma experiência de desempenho bem-sucedida e com feedback positivo (Answers Ltd, 2018; Pender et al., 2014).

A segunda categoria envolve cognições e afeto específicos de comportamento que têm impacto direto na motivação do indivíduo para a mudança que se quer alcançar.

A terceira categoria é o resultado do comportamento abrangendo o compromisso com o plano de ação. É o comportamento de promoção de saúde, o resultado do comportamento de saúde desejado e é o objetivo do modelo de promoção de saúde. Os comportamentos de promoção de saúde, quando integrados num estilo de vida saudável, resultam em melhoria da saúde, aumento da capacidade funcional e melhoria da qualidade de vida em todos os estádios de desenvolvimento (Pender et al., 2014).

Na prática de enfermagem com este modelo e atendendo às suas variáveis a intervenção que o enfermeiro especialista vai adotar perante a tríade (criança e pais) é fundamental uma vez que o enfermeiro especialista “procura sistematicamente oportunidade para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores da saúde” (regulamento nº 422/2018, 2008, p. 19193). Uma vez que atualmente a generalidade das crianças/jovens enfrentam uma série de ameaças relacionadas com as “mudanças climáticas, marketing comercial prejudicial, estilos de vida e dietas pouco saudáveis, lesões e violência, conflitos e desigualdade”(WHO, 2020b), por vezes ainda com cuidados inadequados, doença crónica e respostas inadequadas ao stress. Diante disto, o EESIP através da análise das necessidades da criança/jovem e sua família, vai ter como objetivo identificar as variáveis que são potenciadoras de mudança comportamental (Loureiro, 2009) e apoiar a criança/jovem e sua família com as barreiras abordadas afim de produzir um comportamento positivo resultando num desenvolvimento infantil o mais harmonioso possível.

## **1.2 Desenvolvimento infantil e promoção do desenvolvimento infantil**

O desenvolvimento humano é um processo contínuo de crescimento, mudanças, adaptações e transformações que se estabelecem ao longo da vida de cada pessoa (Papalia et al., 2013; Sifuentes et al., 2007), sendo o resultado de uma organização complexa e hierarquizada (Branco & Linhares, 2018; Sifuentes et al., 2007). Da concepção à morte, a cada instante e de forma singular vivemos esse processo de crescimento e mudança física (crescimento do corpo e cérebro, mudança capacidades sensoriais e habilidades motoras), cognitiva (aprendizagem, atenção, memória, linguagem, pensamento, raciocínio e criatividade) e psicossocial (emoções, personalidade e relações sociais) (Papalia et al., 2013). Influenciado pela hereditariedade e pelo ambiente onde o indivíduo se encontra inserido (família, sociedade, cultura e nível socioeconómico), mas também por fatores

psicológicos e biológicos (prematuridade, baixo peso ao nascer) (Papalia et al., 2013; World Health Organization et al., 2018).

Numa perspectiva mais universal para compreender semelhanças e diferenças no desenvolvimento humano é necessário considerar a existência de acontecimentos que influenciam o desenvolvimento, nomeadamente as influências normativas e as influências não normativas. Sendo as influências normativas eventos que ocorrem de forma idêntica para a maioria das pessoas de um grupo e que moldam o comportamento e as atitudes de uma geração, como por exemplo, entrada na escola, a puberdade, presença dos *media* na infância, ocorrência de uma pandemia. As influências não normativas são eventos incomuns que acontecem na vida de uma determinada pessoa ou um evento típico que ocorre fora do seu período usual provocando um grande impacto na vida da pessoa, como por exemplo a morte de um dos pais para uma criança (Papalia et al., 2013).

Na abordagem ao desenvolvimento humano, segundo Baltes (1987), citado por Papalia et al, 2013, é necessário ter em conta alguns princípios, nomeadamente que o desenvolvimento é vitalício, ou seja, o desenvolvimento humano é um processo de mudança permanente e o que ocorre em cada período é afetado pelo que aconteceu anteriormente e afetará o que vai acontecer. É multidimensional, pois abrange várias dimensões, a biológica, a psicológica e social, que interagem entre si e podem desenvolver-se a diferentes ritmos e multidirecional porque envolve crescimento e declínio. Além disso o desenvolvimento é influenciado tanto pela biologia como pela cultura, podendo este equilíbrio variar ao longo do ciclo de vida. O desenvolvimento também apresenta plasticidade e envolve mudança na alocação de recursos, de tempo, energia e apoio social. Por último, o desenvolvimento é influenciado pelo contexto histórico e cultural. A família é o principal espaço de socialização do ser humano, é o espaço onde a criança se desenvolve, cresce e passa por um longo processo de apropriação da cultura de um determinado povo, de uma dada sociedade. A família tem um enorme papel na vida de uma criança, sendo ela a sua primeira base e influência (Oliveira et al., 2020).

O desenvolvimento infantil faz parte 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 continuidade e mudanças nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diárias” (Souza & Veríssimo, 2015, p. 1101).

A arquitetura do cérebro é construída por meio de um processo contínuo que começa antes do nascimento e continua até à idade adulta. Os genes fornecem o projeto

para a formação dos circuitos cerebrais e esses circuitos vão ser reforçados pelo seu uso repetido através das experiências que a criança vai tendo (Center on the Developing Child, 2007; Weyandt et al., 2020). Juntos vão moldar a arquitetura do cérebro, ocorrendo mudanças celulares, morfológicas, estruturais e funcionais podendo estas ser adaptativas (melhoria da função) ou mal adaptativas (perda da função) (Weyandt et al., 2020) e assim estabelece-se a base para todas as aprendizagens, comportamentos e saúde futura (Center on the Developing Child, 2007), podendo afirmar que o desenvolvimento do cérebro é modificado pela qualidade do ambiente (Grantham-McGregor et al., 2007). A interação entre a criança e os seus pais e outros cuidadores na família ou na comunidade é um dos ingredientes principais neste processo de desenvolvimento. Se não houver um cuidado responsivo a arquitetura do cérebro não se forma como esperado levando á ocorrência de disparidades na aprendizagem, no comportamento e saúde da criança e posteriormente no adulto que vai ser (Guyer et al., 2018). As experiências e exposições das crianças pequenas durante os primeiros anos de vida moldam o desenvolvimento de estruturas e funções biológicas e psicológicas ao longo da vida (Richter et al., 2019). Inúmeras pesquisas existentes indicam que fatores ambientais negativos (cuidados inadequados, pobreza, respostas inadequadas ao stress, negligência, violência familiar, má nutrição, exposição a toxinas, doenças crónicas, doença mental parental) podem resultar em alterações na arquitetura do cérebro devido ao stress contínuo provocando uma perda de potencial de desenvolvimento para toda a vida (Hurley et al., 2016; Richter et al., 2019).

O investimento em intervenções de alta qualidade, especialmente para crianças que sofrem desvantagens no início da vida, pode contribuir para reduzir essas lacunas socioeconómicas na saúde e no desenvolvimento infantil trazendo benefícios para as crianças e para a sociedade, levando a uma distribuição equitativa do capital humano e potencial para reduzir desigualdades (Collier et al., 2020). Estudos longitudinais sobre o desenvolvimento de crianças expostas à pobreza e a outras condições adversas mostram efeitos benéficos das intervenções de alta qualidade durante a primeira infância com aumento salarial na idade adulta (Gertler et al., 2014; Hoddinott et al., 2008), melhor desempenho académico e com maior realização educacional, menos sintomas de depressão, redução da violência (Walker et al., 2011), cidadania, envolvimento em atividades comunitárias, assim como promovem a saúde em adulto (Campbell et al., 2014) e melhor qualidade de vida (Britto et al., 2017).

Neste sentido é essencial cuidar dos cuidados na primeira infância para que as crianças se tornem cidadãos saudáveis e produtivos com habilidades intelectuais,

criatividade e bem-estar para reduzir as desigualdades globais e garantir um desenvolvimento global sustentável (Black et al., 2017).

A série Lancet lançou o “Nurturing care Framework” consiste num conjunto de intervenções que promove o desenvolvimento de crianças dos 0 aos 8 anos mas concentra-se principalmente no período desde a concepção até aos 3 anos de idade por estar cientificamente comprovado ser um período muito sensível para o desenvolvimento do cérebro (World Health Organization et al., 2018). O desenvolvimento humano é marcado por períodos sensíveis, consiste em momentos do desenvolvimento em que a pessoa está particularmente recetiva para certos tipos de experiências que vai causar um impacto específico sobre o desenvolvimento (Papalia et al., 2013).

Para que as crianças possam desenvolver todo o seu potencial é essencial prestar-lhes cuidados nutritivos num ambiente estável e que seja sensível às suas necessidades nutricionais e de saúde, com proteção contra ameaças e lhes transmita segurança, com interações responsivas entre cuidador e criança, emocionalmente favorável e estimulante prestando-lhes atenção e respondendo às suas necessidades e interesses. (Black et al., 2017; Britto et al., 2017; World Health Organization et al., 2018). Deve também ser-lhes proporcionando aprendizagens precoces com oportunidades para brincar e explorar, uma vez que o conhecimento obtido por meio da brincadeira é a base para um desenvolvimento cognitivo mais avançado. Dado que essas atividades propiciam às crianças a tentativa de realização de novas tarefas, a resolução de problemas e a cooperação para desenvolverem habilidades sociais (Rothstein et al., 2021). Deste momo também as protege dos piores efeitos da adversidade, reduzindo os níveis de stress e encorajando mecanismos de *coping* e suporte emocional e cognitivo (World Health Organization et al., 2018).

O “*Nurturing care*” é composto por cinco componentes, que são boa saúde, nutrição adequada, cuidado responsivo, oportunidade de aprendizagem precoce, segurança e proteção, que se inter-relacionam e incluem comportamentos, atitudes e conhecimentos relativos ao cuidado (saúde, higiene e alimentação), estimulação; responsividade (vínculo precoce, apego seguro, confiança, comunicação sensível); e segurança (rotinas e segurança) (Britto et al., 2017). Estes componentes interagem entre si e podem reforçar-se mutuamente por meio do processo de desenvolvimento. Todos eles são necessários para nutrir o cuidado e ocorrem por meio de interações bidirecionais, iniciadas por crianças e cuidadores e sustentadas pelo seu ambiente (Black et al., 2017). “Promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a

sua idade, respeitando o seu ritmo” (Bellman, Lingam & Aukett, 1996, citado em Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 71)

### **1.3 Cuidar em Enfermagem e Cuidar em Enfermagem Pediátrica**

O cuidar é a essência da enfermagem (Sobrinho et al., 2018; Watson & Smith, 2002). O cuidar é um conceito amplo e engloba vários significados “solicitude, dedicação, preocupação, atenção, zelo” (Sobrinho et al., 2018, p. 791).

Ao longo da história da enfermagem o cuidado sofreu transformações que refletiam o modelo social vigente. Collière (2003) defende que o Cuidar é uma “arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas (Rocha, 2016 p.119)”. Hesbeen (2000) vem acrescentar que cuidar é estar atento ao outro, realçando que cuidar é dar-se ao outro, partir à descoberta para compreender os seus comportamentos, as suas necessidades para assim poder dar uma resposta adequada.

Cuidar é uma condição humana carregada de valores, de responsabilidade infinita para consigo e para com os outros, com uma pré-condição para o conhecimento clínico adequado (Watson & Smith, 2002), visto que cuidar inclui conhecimento explícito e implícito, saber e saber como (Watson & Smith, 2002). Cuidar implica ir ao encontro do outro, partir à sua descoberta para compreender os seus comportamentos, as suas necessidades e para se poder dar uma resposta adequada.

A polissemia do cuidado expressa-se tanto mais no que respeita às conceções de cuidado à criança. Na verdade, a criança exige por definição que lhe demos cuidado, que lhe mostremos atenção. A criança precisa de ser cuidada para se poder desenvolver e crescer. A criança só pelo seu status, pela sua vulnerabilidade precisa de um cuidado concreto, que implica estar em contato com ela, uma vez que reage ao cuidado que recebe, à preocupação demonstrada por ela (Lombart, 2015).

Cuidar em pediatria é compreender as emoções, os sentimentos, as suas particularidades como o choro, o medo e a necessidade de brincar (Giacomello & Melo, 2019). É ter como foco principal a saúde e o bem-estar das crianças (Christian, 2020) ao mesmo tempo que se promove o seu crescimento e desenvolvimento.

Em enfermagem pediátrica cuida-se das crianças ao mesmo tempo que se desenvolvem parcerias com os pais, trabalhando em conjunto para garantir que as

necessidades das crianças e famílias sejam atendidas (Christian, 2020), tendo como filosofia fundamental o cuidado centrado na família.

O CCF segundo Shields, Pratt e Hunter (2006, p. 1318) citado por O'Connor et al., (2019) descreve que os “cuidados centrados na família como uma forma de cuidar das crianças e suas famílias nos serviços de saúde que garante que os cuidados sejam planejados em torno de toda a família, não apenas da criança/jovem, e em que todos os membros da família são reconhecidos como destinatários dos cuidados”. A família é um aliado nos cuidados ao seu ente querido, sendo essencial para a segurança e conforto destes, bem como para a qualidade e a segurança dos cuidados prestados levando a criança e família a melhores resultados de saúde e melhores experiências de cuidados (Conway et al., 2006). Os CCF têm como pressupostos centrais: a partilha de informação de forma aberta objetiva e imparcial entre pacientes, em que crianças/jovens e famílias recebem informação oportuna, completa e precisa para participarem efetivamente no cuidado e na tomada de decisão; a parceria e a colaboração em que as decisões que melhor atendem as necessidades, valores e habilidades de todos os envolvidos são tomadas em conjunto; a dignidade e o respeito pela diversidade, cultura, valores, tradições e preferência de cuidado (Conway et al., 2006; Kuo et al., 2012; O'Connor et al., 2019; Smith, 2018).

O reconhecimento da importância do envolvimento efetivo dos pais nos cuidados à criança surgiu com Casey e Mobbs (Mendes & Martins, 2012 citando Casey e Mobbs, 1988), ao defenderem que a criança, pais e enfermeiros são em conjunto parte ativa do processo de enfermagem. Cabe ao enfermeiro especialista a prestação de cuidados de nível avançado com segurança e competência, na avaliação da família e nas respostas às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar, na preservação da segurança e bem-estar da criança e família e na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Prestar CCF vai permitir reduzir o impacto negativo da hospitalização da criança, jovem e família, uma vez que os cuidados são planejados e prestados com e para a família (Coyne et al., 2011), promovendo o aumento das competências parentais, da confiança, da desmistificação da situação da criança/jovem e o aumento da qualidade dos cuidados (Dunn et al., 2006). De forma a melhorar a qualidade dos cuidados, a tornar a experiência de cuidado positiva e a promover o desenvolvimento da criança é essencial na prestação de cuidados a aplicação de intervenções que eliminem ou minimizem o sofrimento psicológico e físico que crianças e famílias enfrentam no processo de saúde através de cuidados não traumáticos. Os cuidados não traumáticos, são cuidados terapêuticos e

humanizados que têm o objetivo de não causar dano, evitando ou minimizando a separação entre criança e pais, promovendo uma sensação de controlo e evitando ou minimizando lesões ou dor. (Hockenberry & Wilson, 2014).

Podemos concluir que o enfermeiro, especialmente o EESIP, baseia a sua prática de cuidado no modelo conceptual centrado na criança/jovem e família em qualquer ambiente, trabalhando em parceria e promovendo o mais elevado estado de saúde possível. Presta cuidados de nível avançado e de elevada qualidade, segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, propiciando educação para a saúde, responder às necessidades da criança/jovem e família, bem como remover barreias e incorporar instrumentos de custo efetivo de forma a promover o desenvolvimento e crescimento infantil, a gerir o bem-estar da criança, a detetar precocemente situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem (regulamento nº 422/2018, de 12 de julho) de forma a que esta atinja o seu potencial de desenvolvimento (Black et al., 2017).

#### **1.4 Intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil dos 0 aos 8 anos: *scoping review***

A *scoping review* é um método de mapear o conhecimento com a finalidade de resumir e sintetizar evidências, explorar a amplitude e extensão da literatura, além de fornecer orientações quanto a prioridades de investigação (Peters et al., 2020). As *scoping review* contribuem para o avanço do conhecimento sobre as práticas de cuidados de saúde, políticas e investigação. Dada a importância da promoção do desenvolvimento infantil, esta revisão pretende responder à questão: Quais as intervenções promotoras do desenvolvimento infantil na primeira infância nos cuidados de saúde? Com o objetivo de mapear o conhecimento existente sobre as intervenções que o enfermeiro pode desenvolver de forma a promover o desenvolvimento infantil durante a primeira infância nos vários contextos de atuação do enfermeiro.

Seguidamente serão apresentadas as intervenções que emergiram da *scoping review*, elaborada com base nas recomendações do Institute Joanna Brigs (Peters et al., 2020), encontrando-se no apêndice I a *scoping review* completa.

Para se desenvolverem, as crianças necessitam de oportunidades para vivenciar o que lhe é próprio, o brincar. A criança explora o mundo através da perceção 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).

O enfermeiro pode desenvolver junto da família a promoção de comportamentos parentais positivos, por meio da atividade lúdica entre pais e filhos, promove o desenvolvimento na primeira infância, como demonstra o programa “Sit Down Play”. Os resultados deste programa foram bastante positivos uma vez que com poucos recursos os pais referiram ter gostado de aprender novas formas de melhorar o tempo que passam com os seus filhos, são incentivados a desenvolver comportamentos parentais positivos e referem ser extremamente gratificante ver a forma como as crianças respondem a essa interação (Ogretmen, 2019). O 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 sentido é importante capacitar os pais com intervenções na área da linguagem principalmente os pais daqueles que enfrentam desafios significativos para adquirir a linguagem. Devido à complexidade inerente à aquisição da linguagem, é importante ter uma perspectiva dinâmica do desenvolvimento e conhecer as premissas que podem ser aplicadas a todas as crianças à medida que aprendem a linguagem de modo a ajudar a decidir a melhor forma de cronometrar, direcionar e adaptar as intervenções no processo de desenvolvimento (Adamson et al., 2020). Outra intervenção que o enfermeiro pode desenvolver é através dos fantoches de dedo, em que é dado aos pais fantoches e um conjunto de atividades que podem desenvolver com as crianças pois permite interagir com as crianças e favorece a comunicação (Domek et al., 2020).

Durante o processo de desenvolvimento a criança e sua família podem-se deparar com acontecimentos geradores de crises, tais como a doença ou hospitalização. O enfermeiro deve ser o agente promotor do brincar durante o processo de doença e hospitalização uma vez que, o brincar também permite que a criança expresse os seus sentimentos e manifestem situações desagradáveis que ocorrem durante o internamento. Promove a relação empática, diminui o medo e torna o ambiente mais acolhedor e descontraído para as crianças (Silva et al., 2015; Dal’Bosco et al., 2019; Marques et al., 2016). Algumas intervenções que o enfermeiro pode desenvolver junto destas de forma a promover o brincar são: intervenções de arteterapia (Valladares & Silva, 2011), utilização

do brinquedo terapêutico (Malaquias et al., 2014) e uso de fantoches como estratégia lúdica (Sposito et al., 2016).

A alimentação saudável é outra componente determinante para um bom desenvolvimento físico e intelectual, além de promover a saúde e o bem-estar geral (Direção Geral do Consumidor & Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2013). O risco de obesidade em idades mais precoces está associado ao uso de fórmula infantil em vez do aleitamento materno, duração mais curta da amamentação e introdução precoce ou tardia de sólidos (antes de quatro ou após 7 meses) (Cheng et al., 2020) por isso é imprescindível a promoção da amamentação. A evidência mostra que a promoção da amamentação pode ser efetuada através do modelo Tri-Core que fornece uma estrutura conceitual enfatizando os três princípios cruciais da promoção e sustentabilidade da lactação: autoeficácia materna, apoio à lactação por um profissional e promoção da educação em amamentação (Busch et al., 2014). O enfermeiro está numa posição ideal para influenciar positivamente as práticas de amamentação de forma a melhorar o início e a duração da amamentação, remover as barreiras à amamentação, fornecer apoio psicossocial, monitorizar o desenvolvimento e crescimento (Cheng et al., 2020) e ajudar as mães a terem sucesso na promoção da alimentação saudável da criança.

Dentro deste âmbito outro tema bastante abordado é a atuação na área da obesidade infantil com programas de intervenção para crianças e pais com sessões de debate de ideias, promoção da atividade física e com discursos motivacionais de forma a definir planos em que as crianças consigam atingir os seus objetivos. Os enfermeiros têm uma posição única pois interagem com as crianças e famílias em muitos dos seus meios podendo ajudar na gestão e prevenção da doença com sessões de conversa, planos de atividade física no meio escolar, assim como no suporte emocional que estas crianças muitas vezes precisam ajudando-as a ter mais autoconfiança e a trabalhar passo a passo para atingir os seus objetivos (Thorstensson et al., 2018). Nas sessões de educação para a saúde relativas a este tema é pertinente abordar temas como: orientação para as decisões na introdução alimentar, amamentação, alimentação saudável, atividade física, exposição infantil aos media (Cheng et al., 2020; H. C. Hsu et al., 2018; Marcacine et al., 2012; Thorstensson et al., 2018). Este último porque a televisualização representa um comportamento cognitivo e físico sedentário que não requer esforço sustentado.

Uma forma diferente evidenciada na literatura de promoção do desenvolvimento infantil é através da promoção da saúde com a criação de um grupo coral com o intuito de promover a saúde da criança utilizando os benefícios da música mais precisamente do

canto coral. Ao mesmo tempo é que promovido sessões de educação para a saúde de forma lúdica promovida pela música. Esta é também uma importante ferramenta pois dá a oportunidade de promover o autoconhecimento, a reflexão e a percepção do outro, aspetos importantes para o desenvolvimento pessoal e para a integração social. (Zanettini et al., 2015). Cabe ao enfermeiro como educador da saúde utilizar dinâmicas que favoreçam a brincadeira durante os cuidados de enfermagem uma vez que o brincar é união da aprendizagem com a criança ser feliz (Câmara et al., 2011; Håkstad et al., 2017).

A família é a base do desenvolvimento de qualquer pessoa, pela constituição de laços afetivos e emocionais, a criança terá os alicerces para a construção da sua personalidade e caráter, bem como, para a aquisição de habilidades de desenvolvimento de maneira sistémica a nível afetivo, cognitivo, social, educacional e psicológico. O processo educativo no âmbito familiar deve ser adequado e harmonioso para possibilitar à criança o sucesso na aprendizagem, proporcionando-lhe a motivação, o interesse e a concentração necessária para a aquisição do conhecimento (Chupil et al., 2018).

A visita domiciliária, é uma estratégia com resultados bastante positivos e tem sido direcionada a uma ampla gama de populações para alcançar uma gama igualmente ampla de resultados para pais e filhos. A visita domiciliária facilita o envolvimento dos pais com os seus filhos, enriquece a competência dos pais, apoia bem-estar da família e permite auxiliar a mãe a identificar, compreender e utilizar os recursos sociais que a podem ajudar no cuidado à criança (Health Resources & Service Administration, 2017 citado por Manz & Ventresco, 2019, Fracoli et al., 2018). A visita domiciliária possibilita conhecer as condições de vida e saúde das crianças e famílias, permitindo ir de encontro às suas necessidades no processo de cuidar, adequando as orientações à realidade da família com o objetivo de promover o desenvolvimento infantil saudável (Góes et al., 2018). As visitas são uma ferramenta muito eficaz principalmente quando desenvolvidas ainda durante a gravidez e continuando nos primeiros ano de vida das crianças, com maior periodicidade em famílias de risco ou com crianças com vulnerabilidades acrescidas (R. M. M. da Silva et al., 2020; Mangrio et al., 2021); a estas famílias pode-se ainda acrescentar a possibilidade de atendimento telefónico nas situações que sugerem fragilidades da saúde infantil, descontinuidade de seguimento e vulnerabilidades no acompanhamento especializado (R. M. M. da Silva et al., 2020).

Nas consultas de enfermagem, seja elas nas unidades de saúde ou nas visitas domiciliárias, os enfermeiros nas suas intervenções promovem a capacitação parental através da criação de oportunidades e de meios para os seus membros descobrirem as suas

habilidades e competências atuais e adquirirem novas, com o objetivo de assistir às necessidades das crianças e da família (Hockenberry & Wilson, 2014). As famílias recebam orientações antecipatórias relativamente às temáticas: nutrição, imunização, crescimento e desenvolvimento infantil, prevenção de acidentes, valorização da brincadeira e práticas de estimulação precoce Hsu et al., 2018; Marcacine et al., 2012; Peacock-Chambers et al., 2017; Torquato et al., 2019). Uma intervenção complementar às visitas domiciliares e à consulta de enfermagem evidenciada na literatura de forma a promover a literacia em saúde das mães/cuidador é através de mensagens de voz personalizadas, todas as semanas, com conselhos importante relativo às práticas de cuidados infantil, durante a gravidez e no primeiro ano de vida da criança (Murthy et al., 2019); as famílias podem tomar as suas decisões em saúde com mais uma ferramenta fundamentada em evidencia científica (Pedro, 2018).

Outra temática abordada na evidência científica que deve ser abordada na consulta de enfermagem são as práticas de promoção da higiene oral e saúde oral. A cárie na primeira infância tem aumentado em muitos países e tornou-se num problema de saúde significativo, especialmente em populações socialmente desfavorecidas (Anil & Anand, 2017). Neste sentido é essencial que o enfermeiro desenvolva intervenções com ações de formação junto dos pais de crianças entre o primeiro ano e os 3 anos de vida, onde estes recebem informação e material didático sobre o tema (Plutzer & Spencer, 2008).

Outra ferramenta que emergiu da revisão foi “Newborn Behavioral Observations (NBO)”: ferramenta focada no bebé e centrada na família que foi planeada para sensibilizar os pais quanto às competências e individualidade do seu bebé, a fim de contribuir para o desenvolvimento de um relacionamento positivo (Carvalho Martins et al., 2018).

Na infância, os enfermeiros dos cuidados saúde primários podem apoiar o desenvolvimento do relacionamento pais-bebé e usar a triagem e observação para identificar os bebés cujos relacionamentos não estão a promover um desenvolvimento ideal, bem como aqueles cuja regulação emocional é atípica. Fornecer orientação antecipatória relacionada ao desenvolvimento da autonomia e identificar trajetórias de desenvolvimento atípicas ou anormais que precisam de serviços clínicos. As experiências de uma criança durante os primeiros 3 anos de vida podem ter um impacto profundo nos resultados de saúde mental mais tarde na infância e ao longo da vida. Existindo terapias seguras e eficazes para problemas de saúde mental na primeira infância. (Russell & Gleason, 2018).

## **2. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Neste segundo capítulo, descrevo a análise crítica e reflexiva do meu percurso desenvolvido de forma a responder às competências propostas, sendo evidenciado as aprendizagens desenvolvidas e as competências adquiridas comuns e específicas do âmbito de exercício profissional do EESIP.

O estágio final e relatório decorreu em vários contextos clínicos, nos CSP, no serviço de urgência de pediatria e no serviço de internamento de pediatria; o contexto de neonatologia foi-me dado creditação pela experiência profissional. Tendo em conta a temática por mim abordada foi delineado um objetivo geral, comum ao longo de todo o estágio: desenvolver competências de EEESIP, para a prestação de cuidados especializados à criança/jovem e sua família em situações de saúde ou doença, nos contextos onde se encontra tendo sempre presente a promoção do seu crescimento e desenvolvimento.

De forma a dar resposta a este objetivo e a desenvolver as competências de EEESIP, em cada um dos contextos foi feito um planeamento orientado segundo a metodologia de projeto formativo onde inicialmente foi feita a descrição do contexto do local de estágio, posteriormente efetuada um diagnóstico de situação, elaborados objetivos e atividades de forma a conseguir atingir os objetivos e a desenvolver as competências de EEESIP. Posteriormente foi feita uma reflexão de toda a prática e aprendizagens, pois só assim se consegue construir o saber. Assim, neste capítulo pretendo inicialmente fazer uma contextualização do local de estágio e posteriormente apresento nos domínios da prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação os objetivos específicos, as respetivas atividades desenvolvidas com uma análise crítico-reflexiva e por fim as competências desenvolvidas. No final do capítulo apresento a minha experiência profissional com uma contextualização da UCIN, as atividades desenvolvidas nos domínios da prestação de cuidados, gestão de cuidados e formação com uma reflexão sobre os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas.

### **2.1 Contextualização do estágio final**

O estágio realizou-se no período compreendido entre o dia 7 de setembro de 2020 e o dia 19 de dezembro de 2020, os contextos foram selecionados no sentido de oferecerem o máximo de oportunidades de aprendizagem no desenvolvimento de competências comuns

e específicas no âmbito do exercício funcional do EESIP. O período de estágio decorreu em contexto de pandemia da doença COVID-19, decretado a 11 de março de 2020 pela OMS, pelo que os serviços de saúde necessitaram de se reorganizar e por vezes modificar rapidamente o contexto de prestação de cuidados de forma de forma a dar resposta à própria doença e a permitir a continuação dos cuidados minimizando o contágio.

O primeiro contexto foi nos cuidados de saúde primários, numa USF, que tinha como objetivo promover a saúde, a prevenção da doença e a manutenção e melhoria da qualidade de vida das pessoas através da prestação de cuidados personalizados e humanizados ao indivíduo, família e comunidade com responsabilidade e competência em tempo útil (Mendes & Espadana, 2018). A equipa multidisciplinar da USF era constituída por oito médicos, 8 enfermeiros e seis secretários clínicos.

A USF presta cuidados tendo como base o método de enfermeiro de família, a cada cidadão inscrito na USF e são atribuídos um médico de família e um enfermeiro de família. Relativamente aos cuidados prestados na área de saúde infantil e pediátrica iniciava-se muitas vezes no acompanhamento à gravida. Após o nascimento do bebé, comunicado muitas vezes pelos pais devido à ligação estabelecida entre enfermeiro e família ou após a receção da notícia de nascimento a enfermeira entra em contacto com a família para realização de agendamento da primeira consulta. Antes da pandemia era realizada no domicílio, mas atualmente era na USF.

Neste contexto de pandemia os serviços necessitaram de se reorganizar e durante o meu estágio as consultas presenciais mantiveram-se para as crianças dos 0 aos 5 anos e as crianças mais velhas apenas era feito um contacto telefónico pela equipa médica ou a consulta era presencial se a criança apresentasse alguma alteração ao seu estado de saúde ou em caso de ter alguma vulnerabilidade acrescida. Viveram-se sentimentos de medo e incerteza o que levou algumas pessoas e famílias a ter receio de recorrer aos serviços de saúde, tendo se verificado uma diminuição do número de consultas de PNSIJ, levando a DGS a emitir um comunicado para reforçar a necessidade de manter as consultas de vigilância do PNSIJ assim como o cumprimento do programa Nacional de Vacinação uma vez que a condição de vulnerabilidade da criança, não permite o adiamento das consultas (Diretora-Geral da Saúde, 2020). Neste período de exceção provocado pela pandemia foram utilizadas alternativas como o telecontacto e as consultas passaram a realizadas em conjunto entre equipa de enfermagem e equipa médica com marcação previa de modo a minimizar os contactos e a acumulação de pessoas na sala de espera.

Após o término deste contexto iniciei o segundo contexto de estágio no serviço de urgência de pediatria local onde muitas vezes pode causar uma das experiências mais traumáticas para as crianças e jovens devido a se tratar de um ambiente ameaçador e estranho e a criança e jovem estarem a passar por uma situação aguda de doença. É um serviço que funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, onde são prestados cuidados médico-cirúrgicos urgentes e emergentes a crianças dos 0 aos 18 anos em situação de doença aguda. O serviço de urgência assegura a prestação de cuidados diferenciados como a missão de garantir o acesso aos cuidados de saúde que sejam rigorosamente necessários para o tratamento eficiente do motivo que trouxe o doente ao serviço de urgência (Silva, 2017). Tem apoio de especialidades médicas com a otorrinolaringologia, oftalmologia, neurologia, ortopedia, ginecologia, imunoterapia, imagiologia e cirurgia.

O serviço de urgência é a principal porta de entrada de doentes num hospital, ocorrendo com frequência utentes em situação não urgente, situação percecionada pelos enfermeiros do serviço e amplamente reportada na literatura (Caldeira, 2006). Não existe um número estanque de crianças/famílias, mas sim um fluxo variável em quantidade e complexidade. A equipa de enfermagem é responsável pela prestação de cuidados às crianças e suas famílias que recorrem ao serviço de urgência durante o turno independentemente do número ou tipo de situações clínicas que apresentam. O atendimento é classificando de acordo com a triagem de Manchester.

A equipa é constituída por um enfermeiro chefe e dezasseis enfermeiros, com um grande número de elementos que entraram no serviço muito recentemente e com menos de um ano de experiência profissional. Os enfermeiros são distribuídos por cinco equipas, sendo que cada turno é composto por quatro a cinco elementos com horários rotativos e distribuídos por duas zonas, a zona covid e a zona não-covid, em que na zona covid fica um a dois elementos dependendo do fluxo e complexidade do trabalho e os restantes na zona não covid. São distribuídos pelos setores do serviço de urgência: sala de triagem, sala de trabalho e sala de observação. São orientados por um chefe de equipa que circula nos diversos sectores dando apoio mediante as necessidades do serviço, que por vezes acumula a função de prestador de cuidados.

A equipa tem enraizada na sua cultura uma orientação para a qualidade e segurança que são uma prioridade e aposta desde sempre do hospital, tendo sido um dos primeiros hospitais em Portugal a obter a acreditação pela *Joint Commission International*, que avalia a qualidade e segurança dos procedimentos clínicos e não clínicos em hospitais de todo o mundo. Desta forma todos os procedimentos de prática clínica estão uniformizados

através de protocolos. Possuem também instituídas práticas para minimizar erros de administração de medicamentos, desde a prescrição até à administração de terapêutica.

Após ter terminado este contexto clínico terminei o estágio no contexto de internamento pediátrico de um hospital central, atualmente com capacidade para alojar catorze crianças/jovens distribuídas por nove quartos que estão identificados por cores, em que cada cor corresponde a um grupo etário específico; no entanto também são tidos em conta outros fatores com o desenvolvimento infantil e juvenil assim como a situação de saúde e familiar. Para além destes quartos existem 2 quartos de isolamento designados *extra I e extra II*; estes quartos, bem como um quarto *azul*, são destinados a crianças/jovens que se encontram em isolamento ou então para crianças/jovens com um motivo particular, por exemplo para adolescente, criança com doença crónica (com múltiplas hospitalizações) ou uma hospitalização prolongada. Existe também um quarto onde se realiza monitorização de vídeo de Eletroencefalografia, visto que o serviço de internamento de pediatria é um centro de referência da Epilepsia refratária, desde outubro de 2015.

Atualmente devido às restrições impostas devido à pandemia durante todo o internamento apenas um dos pais pode acompanhar a criança e não existe visitas de outros familiares ou pessoas significativas.

Para dar apoio durante o internamento às crianças e familiares o serviço dispõe de uma sala de tratamentos para a realização de procedimentos invasivos, de forma a evitar que a criança associe os procedimentos dolorosos ao quarto, uma sala de amamentação onde é feita a extração de leite materno e duas salas de atividades adequadas ao grupo etário das crianças com diversos brinquedos e atividades lúdicas e educativas com a educadora presente durante o período da manhã de segunda a sexta-feira. Estas salas atualmente devido à pandemia encontram-se encerradas.

A equipa de saúde é composta por médicos, enfermeiros, educadora e assistentes operacionais. A educadora de infância programa atividades adequadas à idade e estado de saúde, tais como desenho, recortes, pinturas e alguns desses trabalhos fizeram parte da decoração do serviço durante a época natalícia. Neste período estas atividades são realizadas no quarto da criança não sendo possível utilizar as salas existentes no serviço para este fim devido as restrições impostas pela pandemia. Também são disponibilizados às crianças para terem nos seus quartos alguns brinquedos adequados à sua idade e necessidades de desenvolvimento.

Em todos os contextos a atuação a base orientadora da prática de cuidados da equipa de saúde baseava-se na filosofia de CCF. Esta filosofia de cuidados reflete a preocupação dos profissionais de saúde em minorar as consequências negativas da experiência de hospitalização.

## **2.2 Competências desenvolvidas em contexto de estágio**

### **2.2.1 Domínio da prestação de cuidados**

Cuidar é o conceito central da disciplina de enfermagem. É uma arte, um dom, em que o que realmente importa não é apenas o que se faz, mas como se faz e porque se faz (Waldow, 2015).

Ao longo deste estágio tive o privilégio de puder cuidar de várias crianças e famílias dando-me a oportunidade de desenvolver várias competências de enfermeiro especialista. Segundo Waldow (1995 citado em Espírito Santo et al., 2000, p. 23) o cuidado é definido como “comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer”.

No centro do processo de cuidado do EESIP o foco é a criança e sua família e o objetivo dos seus cuidados é promover o mais elevado estado de saúde possível, promover educação para a saúde, identificar e mobilizar recursos de suporte e prestar cuidados em resposta às suas necessidades (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho) com sensibilidade, prontidão e solidariedade (Baggio, 2006).

Cuidar da criança/jovem assim como a sua família é atender as suas necessidades, preocupações, sofrimento, desejos e manter a sua dignidade e os seus direitos. O cuidado é realizado *para e com o ser* sujeito do cuidado. É uma ação interativa que ocorre entre o ser que cuida e o ser que é cuidado e engloba envolvimento e comprometimento (Waldow, 2015).

Ao longo de todos os contextos colaborei na prestação de cuidados com o objetivo de adquirir competências de EESIP assim como desenvolver intervenções que promovessem o desenvolvimento infantil das crianças, tentando reduzir o impacto negativo das experiências adversas e potenciando experiências positivas de modo a promover um desenvolvimento infantil o mais harmonioso possível utilizando a metodologia científica do processo de enfermagem.

No contexto de CSP um dos pontos centrais da intervenção do EESIP é a vigilância de saúde que tem como finalidade a promoção da saúde e prevenção da doença, não apenas na perspectiva da deteção precoce de alterações que possam comprometer a saúde, mas também na mudança da trajetória de vida das crianças que são afetadas por circunstâncias adversas (Direção-Geral da Saúde, 2013). Neste sentido, a consulta de enfermagem tem o propósito de incidir na promoção do desenvolvimento físico, mental, social e espiritual da criança, mas também tem em atenção o papel parental, numa atitude preventiva e antecipatória. Durante o estágio pude acompanhar algumas consultas de saúde infantil de crianças com idades compreendidas entre os 0 meses e os 3 anos de idade e desenvolvi um “caderno informativo”, disponível no apêndice II, com o intuito de sensibilizar as famílias de manterem a vigilância de saúde nas idades recomendadas e promover a imunização das crianças em todos os momentos e principalmente no momento de maior vulnerabilidade que estamos a ultrapassar devido à pandemia.

Uma vez que a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças são um ponto prioritário do EESIP, na medida em que as crianças são o futuro e a sua saúde permite-lhes um correto desenvolvimento e um aumento da sua longevidade. O acesso à saúde é um direito da criança, pois é, nos primeiros anos de vida que se devem instituir hábitos de vida saudáveis e a adoção de medidas que possam prevenir e/ou detetar precocemente qualquer problema de saúde.

Aumentar a literacia em saúde dos pais com conceitos chave para a saúde das crianças é um dos pontos fortes da promoção da saúde das crianças (Goes, 2019). A literacia em saúde relativamente aos cuidados às crianças pode ter várias abordagens; o “caderno informativo” foi uma abordagem mais geral de forma a conseguir chegar a um maior número de famílias, na medida em que o contacto via mail estava a fazer parte do dia a dia, tanto de enfermeiros como as famílias. Posteriormente todos os temas eram abordados em contexto de consultas, particularizado para as necessidades de cada criança e família. Desta forma desenvolvi a competência através da promoção e implementação de procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho assim como mobilizei conhecimentos e habilidades de forma a garantir a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº140/2019, 2019), uma vez que promovi a incorporação de conhecimentos na área de especialidade promovendo a qualidade dos cuidados uma vez que a equipa detém um documento que complementa a sua atuação.

Aquando da colaboração nas consultas de saúde infantil, forneci informação antecipatória adequada aos estádios de desenvolvimento da criança e jovem, tendo por

base as normas da DGS explicitas no PNSIJ (Direção-Geral da Saúde, 2013), em que no primeiro ano de vida: promovi o aleitamento materno e amamentação, exclusivo, até aos 6 meses; consciencializei os pais para a síndrome de morte súbita do lactente, referindo a posição correta do bebé para dormir; estabelecimento de rotinas de sono; cuidados a ter na obstipação e cólicas; hábitos e rotinas diárias; estimulação do desenvolvimento infantil; Na faixa etária do um ano aos três anos: capacitei os pais sobre a anorexia fisiológica no 2º ano de vida; a importância da higiene oral e como deve ser feita, com a demonstração e sensibilização da criança e família, uma vez que encontrei evidência científica, na *scoping review* que realizei, que está é uma área que o enfermeiro deve de incidir a sua atuação visto ser uma problemática com grandes défice com consequência futuras (Anil & Anand, 2017; Clark et al., 2016); a importância do brincar; a aprendizagem de rotinas diárias; as birras e a imposição de limites (ser meio e rígido ao mesmo tempo); instruir os pais acerca do desenvolvimento infantil e de intervenções que promovam as aprendizagens precoces foi outros temas que abordei, uma que intervenção que destaco foi a de falar aos pais da importância de reduzir o tempo que os filhos passam a ver telemóvel uma vez que verifiquei que mesmo em crianças de tenra idade passam já varias horas com o telemóvel ou outros dispositivos eletrónicos. Vários estudos têm demonstrado que a redução das interações verbais entre pais e filhos está associada a resultados negativos de desenvolvimento, incluindo desenvolvimento da linguagem, autorregulação e posteriormente desempenho académico (Hosokawa & Katsura, 2018). Desta forma incentivei os pais a brincarem mais com as crianças, a lerem histórias, a cantarem mesmo não tendo disponibilidade devido às tarefas domésticas essas podem ser usadas para interagir com a criança assim como durante os cuidados à criança. Uma vez que o brincar é um elemento muito importante no desenvolvimento infantil uma vez que apoia o desenvolvimento de habilidades, a resolução de problemas e promove a criatividade (Hosokawa & Katsura, 2018). Ao desenvolver estes temas com as crianças e famílias pude dar apoio, suporte e reforço às competências parentais, com vista ao aumento das capacidades dos pais para um desempenho de um papel ativo e assertivo no desenvolvimento da criança uma vez as intervenções de enfermagem devem proporcionar conhecimentos e *empowerment*, no sentido da promoção da saúde e de forma a formar respostas saudáveis de transição. Neste sentido desenvolvi competências de enfermeiro especialista na medida que proporcionei conhecimento e aprendizagem de habilidades facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão de processo de promoção de saúde desenvolvendo a competência “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” (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19193). Assim como a competência de “promover o crescimento e desenvolvimento da criança” (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19194)

Ainda durante a consulta eram monitorizados os indicadores de crescimento e registados nas curvas de percentil presentes no Boletim de Saúde Infantil, assim como era avaliado o desenvolvimento psicomotor e vigiados sinais de alerta juntamente com a equipa médica, utilizando a escala de *Mary Sheridan Modificada* como referencial. Esta escala avalia aspetos como: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; comportamento e adaptação social. Através do uso desta escala, consolidei os meus conhecimentos acerca dos marcos do desenvolvimento psicomotor e percecionei que o objetivo central do uso da mesma se centra na avaliação do desenvolvimento da criança, possibilitando a referenciação nas crianças que apresentem atrasos e intervindo de uma forma precoce na sua recuperação. Furneci ainda informação aos pais acerca das atividades que podem promover o desenvolvimento da criança em cada estágio de desenvolvimento (Pinto, 2009). Com estas atividades procurei “sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (Regulamento nº 422/2018, p. 19193)

Na USF, devido à pandemia optaram por partilhar a consulta médica e de enfermagem o que traz algumas vantagens e desvantagens. As vantagens que observei foram que a avaliação da criança é feita ao mesmo tempo podendo ser benéfico no caso desta ser stressante para a criança, não ter de fazer alguma coisa repetida e o tempo de permanência no local ser mais curto. Por outro lado, com a junção das duas consultas por vezes existe pouco espaço de manobra pois a consulta médica e de enfermagem, apesar de terem em comum o objetivo final (a promoção da saúde da criança e jovem) a dinâmica das consultas é muito diferente. Numa consulta médica é feita a anamnese, identificados os problemas, formulados os diagnósticos e prescrito o tratamento, enquanto que na consulta de enfermagem existe uma pessoa com necessidades específicas; através das informações recolhidas são formulados os diagnósticos de forma a responderem às necessidades das crianças e famílias. São planeadas as intervenções em conjunto e no final é realizada uma avaliação para perceber se os resultados esperados foram alcançados ou se é necessário haver uma reformulação de forma a que o problema seja resolvido. Com esta conjugação não existe tempo para que o enfermeiro possa desenvolver o seu trabalho adequadamente. Mesmo sendo utilizado o método do enfermeiro de família que possibilita um

conhecimento integral da pessoa, neste caso da criança/jovem e família, facilitando o desenvolvimento de intervenções mais personalizadas e capazes de desenvolver maiores ganhos em saúde numa relação de cuidados já estabelecida. Por vezes não existe o tempo suficiente que as pessoas necessitam para que o enfermeiro capacite a família e a possa ajudar, maximizando o seu potencial de saúde.

Os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamentos dos pais, sendo da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança por forma a promover o mais elevado estado de saúde possível e prestar cuidados à criança saudável ou doente e proporcionar educação para a saúde assim como identificar e mobilizar recursos de suporte à família. O desempenho do ESSIP “traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente” (Kelly et al, 2007 citado por Regulamento nº 42272018, 2018, p. 19192). Nesta perspetiva tive a experiência de poder colaborar durante uma consulta de vigilância na deteção uma situação de um menino que tinha incontinência urinária desde algum tempo e atualmente já lhe começa a afetar a qualidade de vida, atingindo tanto o nível físico como psíquico. A situação foi encaminhada para a especialidade de urologia, devido à intervenção da enfermeira EESIP (enfermeira orientadora) através da avaliação e conhecimento que apresentava da família e da criança. Também alertou a mãe no sentido de uma vigilância mais ativa na questão de que este problema poderia trazer mais ameaças à qualidade de vida da criança visto que, estava a iniciar um novo ano de escolaridade (5º ano) numa escola diferente e que nesta fase os comentários realizados pelos pares nemos adequados poderiam acarretam um enorme impacto negativo na criança. Neste contexto pude desenvolver competência de “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida das crianças” (Regulamento nº 42272018, 2018, p. 19193).

No contexto de urgência pediátrica tive oportunidade de prestar cuidados a crianças nos diversos locais subjacentes. Na triagem, como estive na zona não covid, os principais motivos de vinda à urgência foram traumatismos por queda, crise de ansiedade, cólicas e dificuldade em alimentar. Na sala de observação as intervenções mais frequentemente executadas diziam respeito a monitorização continua dos sinais vitais, vigilância clínica por suspeita de traumatismo cranioencefálico, realização de tratamento às feridas

traumáticas, controle e gestão da dor, administração de terapêutica (oral, endovenosa) e soroterapia e ensinamentos relativos à amamentação e massagem abdominal. No gabinete de enfermagem pude realizar inúmeros procedimentos, tais como, punção venosa, colheita de urina por algáliação ou por colocação de saco coletor e administração de terapêutica analgésica. Como esta zona estava a funcionar em *open space* foi interessante perceber toda esta dinâmica do contexto de urgência a funcionar ao mesmo tempo, reduzindo o tempo de espera de cuidados e verifiquei uma maior dinâmica e envolvimento da equipa multidisciplinar, conseguindo adquirir competência na “otimização do trabalho em equipa adequando os recursos às necessidades do cuidado” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4748). Assim como a competência realizar diagnósticos das doenças comuns e nas situações de maior risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e jovem (Regulamento nº 42272018, 2018). Existiram várias situações onde pude adquirir esta competência, referindo por exemplo um adolescente com crises de ansiedade que verificamos terem ficado mais recorrentes depois de ter havido alterações na dinâmica familiar pelo que foi novamente referenciado para a equipa de pedopsiquiatria uma vez que anteriormente já tinha sido acompanhado. Nesta situação também desenvolvi a competência de “otimização do processo de cuidado ao nível da tomada de decisão” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4748) uma vez que em conjunto com a enfermeira orientadora tentamos perceber a dinâmica e contexto familiar, pois alertou-nos o facto da mãe do adolescente que apresentava este quadro quando chegou ao serviço de urgência ficou sentada numa cadeira sem tentar perceber como o seu filho estava. Pelo que alertamos a equipa de saúde e este jovem foi novamente referenciado para a equipa de pedopsiquiatria.

No contexto de internamento tentei tornar a experiência de doença e de hospitalização numa experiência mais agradável e menos traumática por forma a promover o desenvolvimento das crianças através da gestão das emoções das crianças (abordado no domínio da formação) e através da gestão da dor. Uma vez que para as crianças a hospitalização é um período de elevado stress e intensa ansiedade durante o qual experienciam medos, pois estão perante um ambiente que desconhecem e em contacto com procedimentos e equipamentos que lhes causam desconforto e dor (Paula Diogo et al., 2015), há uma mudança da sua rotina, afastamento do seu ambiente familiar, dos seus contactos sociais e uma interrupção das suas atividades e rotinas diárias (Delvecchio et al., 2019; FARINA et al., 2019; Pedroso, 2017). Desta forma o ambiente hospitalar acaba por ser visto com um ambiente desconhecido e impessoal (Pedroso, 2017) podendo tornar-se

numa experiência assustadora e confusa (Kassam-Adams & Butler, 2017) gerando uma desorganização na criança e na sua família podendo afetar o seu desenvolvimento com maior ou menor magnitude dependendo da idade em que ocorrem (Rossi & Rodrigues, 2007). Portanto, durante o internamento é imprescindível que o processo de cuidar seja protetor e se reduza ao máximo o stress traumático no cuidado à criança (beneficências) de forma a não causar sofrimento e danos iatrogénicos (não maleficência). Deste modo ao longo do estágio desenvolvi intervenções de forma a reduzir o impacto negativo das experiências adversas, trabalhando as questões relacionadas com a dor e gestão de emoções. Estabeleci o seguinte objetivo: prestar cuidados de enfermagem à criança e jovem de forma a potenciar experiências positivas e não traumáticas durante o internamento.

Uma vez que a dor é uma das experiências mais marcantes na vida de uma pessoa, que causa ansiedade e medo e quando a criança é internada a experiência de dor está quase sempre presente seja pela própria doença seja pelos diversos procedimentos invasivos que a criança é submetida, para além de que as crianças guardam memória da dor e quando esta não é tratada altera o nível de tolerância à dor a longo prazo. Ao longo do estágio foram várias os momentos durante os quais pude intervir tais como punções venosas, realização de pensos, dor provocada por piomiosite. Dado que, é da responsabilidade do EESIP realizar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018) a minha atuação direccionou-se no sentido da avaliação da dor e de me munir de medidas para controlo da dor de forma a permitir o controlo efetivo e otimização da dor tornando aquela experiência o menos desagradável possível.

Ao longo do estágio, de forma a gerir a dor das crianças/jovens, tive a oportunidade de utilizar diferentes escalas de acordo com o grupo etário. Assim utilizei a escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) para os recém-nascidos. Até aos 3 anos ou crianças sem capacidade de verbalizar pude aplicar a escala de FLAAC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) sendo esta uma escala de avaliação comportamental, exige ao profissional de saúde um cuidado redobrado de forma a não fazer uma avaliação que subvalorize podendo levar a erros e a más experiências por parte da criança. A partir dos 3 anos privilegiei as escalas de autoavaliação utilizado a escala de faces de Wong- Baker e a partir dos 6 anos utilizei com maior frequência a escala numérica, tal como recomenda a DGS (2010). Para a utilização das escalas inicialmente ensinei a criança e a sua família sobre a sua utilização. A avaliação da dor foi realizada pelo menos de 8 em 8 horas quando as crianças/jovens estavam confortáveis e com maior frequência sempre que a situação clínica

ou vivencia da criança o justificava, como recomenda a DGS (2010), que diz que a avaliação deve ser realizada de forma regular e sistemática desde o primeiro contato da criança/jovem (DGS, 2010). O registo da avaliação da dor foi complementado no processo clínico com informação qualitativa de outros aspetos considerados úteis para interpretar a dor na criança, tais como o comportamento da criança (choro ou grito, tranquilidade), o relato do cuidador (na forma como reagem e expressam a dor normalmente) como recomenda a DGS (2010).

Durante o estágio realizei a história da dor de cada criança, que consiste na colheita de colheita de dados que permite conhecer melhor a criança e pais no que diz respeito a dor, a forma como a criança vivência a mesma e quais as estratégias que utilizam. Realizei esta colheita através da avaliação das características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados), os fatores de alívio e de agravamento, as experiências traumáticas anteriores, como é o comportamento da criança no domicílio e quais são as estratégias utilizadas para enfrentar a dor. Desta forma foi possível utilizar as medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor de forma mais adequada a cada criança/jovem permitindo que estes não sofressem os efeitos da dor e tornando a experiência de hospitalização o menos traumático possível.

Antes de algum procedimento doloroso expliquei o que iria acontecer durante o procedimento adequando a explicação à idade e desenvolvimento da criança. A uma das crianças a explicação da punção venosa foi feita com recurso à sua boneca; realizei o procedimento à boneca com a ajuda da criança explicando o que íamos fazer e o que a boneca ia sentido e a criança ao mesmo tempo foi expressando os seus receios e medos com o objetivo de familiarizar a criança com o procedimento. No momento do procedimento a criança ficou tranquila e foi colaborando. Durante a explicação as crianças/jovens e seus pais foram incentivados a fazer perguntas e esclarecer dúvidas em qualquer fase do procedimento de forma a reduzir a ansiedade e medo. Para muitas crianças os aspetos psicossociais da dor, incluindo emoções como o medo, stress e ansiedade, costumam ser mais desagradáveis do que a própria experiência dolorosa (Pope et al., 2015). O fornecimento de informação antecipatória é um dever dos enfermeiros e um dos direitos da criança (OE, 2013) sendo umas das partes mais importantes do procedimento e uma das competências de enfermeiro especialista gerir as práticas de cuidados fornecendo segurança e dignidade do cliente através da adoção de uma “conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746). Esta informação implica explicar à criança

todas as etapas do procedimento e sensações que vai sentir de forma simples, clara, compreensível e honesta para que a criança possa compreendê-la, podendo ser feita através de desenhos, vídeos ou manipulação do equipamento real (OE, 2013) e demonstração. Através destas ações vamos facilitar a parceria com a criança/jovem e sua família e fortalecer a relação terapêutica e de confiança.

Durante os procedimentos dolorosos utilizei algumas técnicas de distração adaptadas às especificidades de cada criança recomendadas pelo guia Orientador de Boa Prática acerca das estratégias não farmacológicas para o controlo da dor na criança (2003) que define alguns princípios a ter em conta, assim como algumas intervenções não farmacológicas adequadas a cada faixa etária. Também segui as orientações técnicas específicas da DGS da Saúde sobre a avaliação da dor nas crianças dos 0 aos 18 anos de idade, ressaltando o registo sistemático da intensidade da dor com recurso a escalas de avaliação da dor adequadas (DGS, 2010). Dois anos mais tarde emitiu orientações referentes ao controlo da dor nos recém-nascidos (Direção Geral da Saúde, 2012b) e em procedimentos invasivos em crianças entre 1 mês de vida e os 18 anos de idade (Direção Geral da Saúde, 2012a). Em recém-nascidos as intervenções não farmacológicas que utilizei para o alívio e controlo da dor e aumentar o conforto foram a redução do ruído e luminosidade, a contenção, o contacto físico dos pais, a sucção não nutritiva e a administração de sacarose a 24% (Leng et al., 2016; OE, 2013). Nas crianças e jovens as medidas não farmacológicas que utilizei durante a punção venosa e a colocação de elétrodos para a monitorização vídeo EEG foi distração com a técnica da imaginação orientada, encenação com fantoches de dedo de uma história, com grande eficácia, (Great Ormond Street Hospital, 2020; OE, 2013) pois no final foi feita a avaliação para se perceber se foi eficaz ou se seria melhor a utilização de outra técnica. Por vezes houve a necessidade de aplicar medidas farmacológicas para o alívio da dor, fazendo uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar das crianças, otimizando as respostas. Desta forma desenvolvi competência de EESIP na medida que desenvolvi conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológica para o alívio da dor assim como na gestão de medidas farmacológicas de combate à dor (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho).

No final do procedimento foi dado sempre um reforço positivo (“foste muito corajoso”, “portaste-te como um herói”, “estou muito orgulhosa de ti”, “dar mais cinco”), que consiste numa resposta ou comportamento dado imediatamente após o ato, que vai resultar num aumento desse comportamento desejado (Cooper et al., 2007 citando em Hardy & McLeod, 2020); é uma forma de reconhecer a sua boa atitude, o seu esforço,

conquista e bom comportamento. Desta forma estamos a incentivar a criança a ter comportamentos positivos de forma espontânea e intencional e a desenvolver a sua autoestima, autoconfiança e segurança emocional perante o medo. Quando elogiamos comportamentos e escolhas positivas capacitamos as crianças a repeti-los.

Durante os procedimentos os pais estiveram presentes e colaboraram tendo sido inicialmente dadas instruções de como poderiam ajudar durante o procedimento. A presença de pessoas importantes para a criança ajuda-as a sentir-se seguras no ambiente hospitalar desconhecido e proporciona conforto em procedimentos dolorosos (Pope et al., 2015). Considero que consegui atingir o objetivo a que me propus, pois desenvolvi uma prática criteriosa no gerenciamento da dor e a equipa ficou sensibilizada para a importância da gestão da dor, assim como de incorporar novas técnicas de distração durante os procedimentos; durante o estágio já não consegui desenvolver uma norma de procedimento relativo à medidas não farmacológicas do alívio da dor, mas acho que a equipa ficou sensibilizada para o fazer. Neste sentido desenvolvi a competência de planeamento de programa de melhoria contínua (Regulamento nº 140/2019, 2019) e gestão da dor e do bem-estar da criança através da otimização das suas respostas (Regulamento nº 422/2018, 2018).

Neste processo de cuidar, outro objetivo a que me propus, e que foi transversal aos três contextos clínicos, foi de desenvolver e aprofundar competências comunicacionais e relacionais com a criança e sua família. Uma competência essencial no cuidado da criança/jovem e família na medida que é através de uma comunicação eficaz que se consegue construir um bom relacionamento, compreender as suas necessidades e manter o contínuo dos cuidados de forma a restaurar e/ou promover a saúde da criança/jovem e família (Desai & Pandya, 2013).

No início realizei uma pesquisa bibliográfica, nomeadamente acerca dos princípios e estratégias de comunicação, enquanto pude observar as diferentes enfermeiras na interação com a criança e a sua família, o que foi uma mais valia. Sempre no primeiro contacto dirigi-me à criança e família e apresentei-me de forma a poder iniciar um relacionamento terapêutico. Durante o processo de cuidados encorajei as crianças e os pais a exporem as suas dúvidas, preocupações e necessidades através de uma conversa coloquial, de forma a ganharem um sentimento de confiança, mas também, um conhecimento mútuo e o estabelecimento de uma relação terapêutica.

A comunicação humana é um processo transacional complexo que inclui interações dinâmicas, contínuas e em constante mudança, em que os participantes são influenciados

reciprocamente por meio de comportamentos verbais e não verbais (Desai & Pandya, 2013). A comunicação com as crianças pode ser muito desafiadora, uma vez que cada criança é única e é necessário construir um relacionamento com ela no meio muitas vezes do medo e angústia; neste sentido é necessário deixá-las ambientar-se ao espaço e explorá-lo de forma a que percam a vergonha.

Ao longo do estágio pude observar estratégias de comunicação não-verbal, uma vez que em pediatria estas têm um papel fulcral no estabelecimento da relação, sendo exemplos: a postura, os gestos, o toque, o olhar, o sorriso, entre outras. As interações verbais e não verbais representam um contexto extremamente importante para a promoção do desenvolvimento da criança, pois possibilitam abordar temas sobre cuidados, proteção e fatores psicossociais relevantes (Desai & Pandya, 2013). Para tal é necessário que o processo de comunicação seja mediado pelo diálogo, apoiado numa relação de escuta, respeito, conhecimento, opiniões e modos de ser e fazer do outro (Moreira & Gaiva, 2016).

Destacando o brincar como a técnica de comunicação mais utilizada em todos os contextos. O brincar para as crianças de qualquer cultura dá-se pelo fato de que a infância é o momento em que se inaugura o processo de socialização na vida do indivíduo. O brincar, além de ser a principal atividade da criança, é a sua linguagem universal, sendo, por isso, considerada como uma das técnicas de comunicação mais importante, mas também, um instrumento de avaliação do desenvolvimento da criança e, conseqüentemente, impulsionador do mesmo (Hockenberry & Wilson, 2014).

Através desta interação com a criança e sua família nos vários estádios de desenvolvimento”, permitiu-me desenvolver a competência do EEESIP “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19194)

### **2.2.2 Domínio da gestão de cuidados**

As questões que envolvem a gestão em saúde estão cada vez mais presentes no quotidiano de gestores, profissionais de saúde e pesquisadores. Porém o primeiro método de planeamento de recursos humanos em enfermagem surgiu com Florence Nightingale denominado método intuitivo que se baseava na subjetividade e na relação proporcional entre trabalhadores e tarefas, considerando a gravidade dos doentes (Magalhães et al., 2009). Atualmente, devido à complexidade dos cuidados e do processo de trabalho em

saúde procura-se desenvolver modelos de adequação de pessoal de enfermagem de acordo com as características dos doentes e grau de dependência dos cuidados de enfermagem (Magalhães et al., 2009).

A gestão dos cuidados representa uma área de atuação do enfermeiro especialista na medida que “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde garantindo a segurança e qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4748) assim como das tarefas delegadas.

Neste sentido senti necessidade de conhecer o modo como se organizam os cuidados em cada contexto de trabalho de forma a perceber as suas particularidades e a forma como são geridos os cuidados. Neste sentido defini como objetivo específico: Aprofundar conhecimentos e competências no âmbito da gestão de cuidados de enfermagem à criança/jovem e sua família no contextua de atuação do EESIP.

Na USF o método de trabalho utilizado é o de enfermeiro de família que tem como responsabilidade cuidar da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do individuo e família em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde (Decreto-Lei nº118/2014, de 5 de agosto). Este método, na minha, opinião favorece o estabelecimento de uma relação terapêutica que se prolonga ao longo do ciclo de vida. Pude observar inúmeras vezes esta cumplicidade que se estabelece entre a família e o enfermeiro e que melhora a satisfação da família assim como promove a sua saúde da família. Numa consulta de saúde infantil, por vezes resolve-se alguma necessidade da mãe ou relembra-se os cuidados necessários a ter com a avó.

No contexto de urgência o método de trabalho baseia-se no trabalho em equipa. Este método tem como objetivo integrar conhecimentos e informações dos diversos intervenientes num todo, e a assistência é minuciosamente guiada e supervisionada por um enfermeiro que é líder (Costa, 2004; Silva, 2017). “Os cuidados passam, sem cessar, da fragmentação à continuidade. Assenta nos pressupostos de que todo o cliente tem o direito de receber o melhor atendimento possível com a equipa; é fundamental o planeamento de cuidados; todo o pessoal de enfermagem tem o direito de receber ajuda para fazer o seu trabalho” (Costa, 2004, p. 238). No serviço de urgência a equipa é organizada segundo um grupo de responsáveis pelos cuidados, sob a liderança de um enfermeiro e forma a proporcionar o melhor atendimento aos clientes. O enfermeiro chefe de equipa (líder) tem a responsabilidade planificar a distribuição dos diversos membros da equipa, segundo as suas competências e os cuidados concebidos; tomar decisões face a discordâncias de ordem

técnica ou organizacional que ocorram entre os enfermeiros da sua equipa perante uma situação concreta; ou fazer face à coordenação do trabalho de enfermagem nas situações de emergência (Costa, 2004). Neste contexto o EESIP tem de ter uma capacidade de observação para poder rapidamente perceber algum foco de instabilidade para fornecer uma resposta antecipatória adequada às necessidades do momento.

No contexto de internamento o método de trabalho utilizado é o método individual de prestação de cuidados, em que é atribuído a cada enfermeiro um número de crianças/jovens, sendo este responsável pelo seu cuidado global (Costa, 2004; Silva, 2017). A realização da avaliação inicial para perceber as necessidades, a identificação dos diagnósticos, o planeamento e implementação dos cuidados necessários, assim como a avaliação dos cuidados é da responsabilidade do enfermeiro atribuído durante o tempo em que este está de serviço. Existe sempre o cuidado, quando possível, dos enfermeiros ficam responsáveis pelos cuidados às mesmas crianças/famílias de modo a reduzir o número de profissionais a cuidar da criança e permitir que o enfermeiro consiga ter um conhecimento mais profundo da criança e família para ir de encontro a um maior número de necessidades. Todos os enfermeiros conhecem as crianças e famílias hospitalizados pois a passagem de turno não é apenas entre os enfermeiros responsáveis pelas crianças, mas para todos os enfermeiros presentes.

Após conhecer a dinâmica dos vários contextos observei e participei em atividades no âmbito da gestão dos recursos humanos e materiais, tendo recorrido a conversas informais com as enfermeiras orientadoras e enfermeiras chefes.

O chefe de equipa, EESIP atua como gestor e para além disso assegura os stocks adequados de material, atua ainda como líder e gere conflitos de forma a beneficiar a criança com cada decisão.

Um líder que deve ser capaz de chegar a todos os elementos, deve apoiar e cuidar dos membros da equipa (Thusini & Mingay, 2019). Pode observar esta forma de liderança e perceber que traz à equipa uma mais valia porque se estabelece uma base de confiança entre todos os elementos e o estabelecimento de objetivos comuns é mais fácil (Thusini & Mingay, 2019). É uma característica essencial pois a equipa deve partilhar as mesmas ideias sobre o que precisa de ser feito e como deve ser feito (Rosengarten, 2019). De forma a aprofundar os meus conhecimentos nesta área, uma vez que também inicie funções como chefe de equipa realizei uma reflexão estruturada, presente no apêndice III, considerando que através da prática reflexiva tornamos consciente o que fazemos e como fazemos de modo a atingir uma nova compreensão (Santos & Fernandes, 2004). A gestão de cuidados

e o trabalho em equipa não pode ser considerado como uma atividade automática, mas sim uma habilidade que deve ser desenvolvida com efetividade sendo o método ideal de prestação de cuidados visto que o trabalho de equipa eficiente e eficaz oferece benefícios tanto para profissionais como para as crianças e suas famílias na medida que aumenta a segurança do doente, melhora os cuidados prestados e torna o local de trabalho mais positivo, envolvente e resiliente. Através do acompanhamento e debate de ideias com a enfermeira orientadora e da realização reflexão desenvolvi competências de enfermeiro especialista na gestão de cuidados nomeadamente na “adaptação da liderança e gestão de recursos às situações e ao contexto de modo a garantir a qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4748).

A gestão de cuidado em enfermagem engloba assim duas vertentes; a vertente relativamente á gestão de recursos humanos e materiais em que o propósito é viabilizar as condições adequadas para a oferta do cuidado ao doente e para a atuação da equipa de enfermagem. A outra vertente está relacionada com a assistência em que o foco é a intervenção voltada para as necessidades de cuidado do doente (Mororó et al., 2017). Na assistência à criança a intervenção de enfermagem passa pela admissão e avaliação, planeamento e atuação, exigindo conhecimento, competência (técnica e tecnológica), habilidade e agilidade, tomada de decisão, trabalho de equipa, manifestando segurança, calma, empatia e racionalidade, para atender às necessidades da criança e sua família (Taksi & Vendruscolo, 2004) seja numa situação de emergência ou em contexto de internamento. Em todos os contextos os pais constituem o sujeito de cuidados em enfermagem pediátrica em que a participação dos seus pais é fundamental sendo, portanto, considerados como membros ativos da equipa de saúde.

Por vezes para responder às necessidades da criança e sua família, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de maximizar a utilização dos recursos disponíveis, incluindo os recursos humanos e garantir a apropriada delegação de atividades e tarefas (Ordem Enfermeiros, 2007). Pude observar e participar no processo de gestão de cuidados no que respeita à tomada de decisão para a delegação e supervisão de cuidados de enfermagem. Um dos acontecimentos foi durante a transferência de uma criança que estava no serviço de observação covid e foi necessário transferi-la para o serviço de pediatria naquele instante pois era necessário a vaga para outra criança, mas devido às restrições atuais apenas estava uma enfermeira na zona não covid que é quem faz a transferência. Como não tinha disponibilidade pois não poderia deixar o serviço teve de delegar a tarefa na assistente operacional que tinha competência para fazer. Pelo que a enfermeira

responsável pela transferência, deu todas as informações clínicas relativas à criança/família por telefone à colega, tendo-a avisado de que quem iria transportar a criança e a mãe era a assistente operacional. Após a transferência abordei se não seria melhor ligar novamente à colega para perceber se após a transferência se estaria tudo dentro do esperado, visto que era da responsabilidade da enfermeira o cuidado e a transferência daquela criança, como refere no código deontológico do enfermeiro que é do dever do enfermeiro “*responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica e delega*” (Lei nº 156/2015, 2015, p. 8102). A delegação de tarefas consiste na transferência parcelar de uma atividade a um indivíduo competente, funcionalmente dependente do enfermeiro numa situação concreta. Em que o enfermeiro é responsável pela avaliação individualizada do doente e das circunstâncias situacionais e por ajuizar a competência daquele que vai delegar. Na delegação o enfermeiro deve delegar nos outros apenas atividades proporcionais às suas capacidades e no âmbito da sua prática e fornecer estratégias de suporte mantendo sempre a supervisão da tarefa delegada assim como responsabilidade (Ordem Enfermeiros, 2007). No decorrer deste acontecimento pude desenvolver competências de enfermeiro especialista na medida que o enfermeiro especialista aprimora as respostas de enfermagem e da equipa de saúde garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados desenvolvendo competências de supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4748).

### **2.2.3 Domínio da formação**

A OE, no enunciado dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2002), refere que “o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros” (Ordem dos enfermeiros, 2001). Desenvolvendo uma prática profissional complexa e personalizada (Fonseca, 2015). O enfermeiro especialista realiza intervenções de enfermagem com habilidades relacionais e com competência técnica, ética e humana assentes num pensamento crítico e reflexivo (Luiz et al., 2020). A tomada de decisão do enfermeiro deve ser cuidadosa e ponderada percebendo todos os elementos envolvidos, para isso é necessário analisar e perceber quais as melhores intervenções para a tomada de decisão mediante a situação, os recursos disponíveis, naquele determinado momento e o que nos diz a literatura (Luiz et al., 2020). É questionar o que melhor fazer, para esta pessoa, neste momento, dadas estas circunstâncias?” (Greenhalgh, 2012). Neste sentido é imprescindível, na sociedade atual, um

desenvolvimento profissional contínuo, uma vez que a Enfermagem é uma disciplina que age num meio em constante mutação (Pinheiro et al., 2014).

De forma a compreender melhor todos os contextos de estágio e as necessidades das crianças/jovens e famílias de forma a poder ajudar no seu processo de doença e promoção de saúde. Senti necessidade de definir como objetivos conhecer a dinâmica do contexto quanto à sua vertente estrutural, funcional e organizacional assim como conhecer e integrar a metodologia de trabalho.

O acolhimento e integração nos serviços iniciou-se com uma reunião e uma visita guiada pela Enfermeira chefe e posteriormente pela Enfermeira orientadora, em todos os locais de estágio foi-me apresentada a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional dos serviços. Este contacto com a estrutura e dinâmica do serviço foi fundamental para a minha integração e adaptação. Contactar com novas e diferentes dinâmicas de trabalho, é um fator enriquecedor para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Para complementar esta informação necessitei ao longo dos estágios realizar uma pesquisa bibliográfica no sentido de aprofundar alguns temas pertinentes para a prestação de cuidados e para poder ter uma prestação de cuidados baseada em evidência científica pois só assim se consegue prestar cuidados de elevada qualidade. Em todos os contextos exigiram muito trabalho de pesquisa e mobilização de conhecimentos de forma a conseguir ter um papel mais ativo e compreender melhor toda a envolvente da especificidade de cada um deles. Saliento seguidamente alguns dos temas que senti necessidade de aprofundar. Nos cuidados de saúde primários senti necessidade de aprofundar o método de trabalho do enfermeiro de família assim como as questões ligadas promoção do cuidado à criança para conseguir desenvolver a atividade “caderno informativo”, que se encontra em apêndice I e técnicas de comunicação de a conseguir chegar às crianças e famílias.

No contexto de urgência pediátrica devido às características inerentes ao serviço, senti necessidade de pesquisar sobre o modelo de gestão de equipa, trabalho de equipa e comunicação. Uma área de extrema relevância uma vez que o trabalho em equipa resulta em maior produtividade, uma melhoria na comunicação que por sua vez melhora a qualidade e segurança dos cuidados. Proporcionando ainda aos profissionais uma melhoria na autoestima e bem-estar (Nogueira & Rodrigues, 2015). Uma vez que trabalhar em equipa significa “trabalhar com diferentes pessoas, com diferentes habilidades e conhecimentos para a gestão de um problema comum” (Nogueira & Rodrigues, 2015), desta forma por exemplo numa emergência é essencial conhecermos a equipa à priori, para

quando for hora de atuar já conhecemos as pessoas com quem estamos, os seus conhecimentos, as suas fragilidades, as suas habilidades e seu papel para uma atuação mais eficaz e mais segura.

No contexto de internamento de pediatria um tema que tive necessidade de aprofundar os meus conhecimentos foi relativo à epilepsia, sendo um serviço de referência existe um grande número de crianças internadas com este diagnóstico. Visto esta ser uma patologia, frequentemente com implicações psicológicas, sociais, cognitivas e neurobiológicas e que requer uma continuidade de cuidados de Enfermagem. A abordagem para cuidar de crianças com epilepsia é centrada em controlar, diminuir a frequência ou eliminar as convulsões de forma a minimizar a interferência no crescimento e desenvolvimento da criança. Um dos motivos de internamento que pude presenciar foi para monitorização de vídeo EEG para se conseguir perceber o foco epilético para posteriormente a criança ser proposta a cirurgia ou para a introdução da dieta cetogénica. A dieta cetogénica consiste num tratamento não farmacológico eficaz para a epilepsia infantil refratária utilizada desde a década de 1920, demonstrando diminuir a frequência das crises em cerca de 40 a 50% da linha de base em grupos selecionados de pacientes e tem efeito benéfico prolongado mesmo após sua suspensão (Agarwal et al., 2017). Noutra situação que necessitei de aprofundar os meus conhecimentos, foi uma situação especialmente marcante de uma menina que deu entrada no serviço numa situação muito vulnerável com o diagnóstico de epidermólise bolhosa distrófica. Foi desafiante visto ser uma doença que causa um grande impacto na vida do portador e da sua família, devido à sintomatologia que causa, ao sofrimento visível daquela criança e família e por se tratar de uma patologia não comum no dia a dia da equipa. Através da procura do conhecimento e da prática baseada na evidencia se consegue chegar a prestar cada vez mais cuidados de excelência. Sendo a prática baseada na evidencia umas das principais estratégias para a tomada de decisão (Reichembach Danski et al., 2017).

Através destas atividades desenvolvi competências de enfermeiro especialista na medida que fundamentei a minha prática clínica em conhecimento científico de forma a desenvolver uma prestação de cuidados especializados segura e competente (Regulamento nº 140/2019, 2019). Através do uso de tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.

Dadas as necessidades dos contextos clínicos realizei duas sessões de formação, uma no contexto de urgência pediátrica e outra no contexto de internamento, com conhecimentos adquiridos pela evidência científica e adaptados às necessidades do

contexto clínico. No contexto de urgência pediátrica após um diálogo com a enfermeira orientadora e com alguns elementos da equipa de enfermagem, foi diagnosticada como necessidade formativa na equipa de enfermagem o cuidado ao recém-nascido principalmente nas questões ligadas à amamentação. Na perceção da equipa surgem muitas situações consideradas não urgentes relacionadas com o cuidado ao recém-nascido e pelo facto de a equipa ser muito jovem e este tema acaba por não ser um foco à priori do seu investimento formativo inicial acabando por surgirem muitas dúvidas quando estas crianças e famílias dão entrada no serviço de urgência pediátrica. Na literatura refere-se que ao longo dos últimos anos tem-se verificado um aumento de afluência dos recém-nascidos aos serviços de urgência pediátrica. Algumas das razões prendem-se com a tendência da alta precoce após o parto reduzindo o tempo de capacitação dos pais. Este facto, aliado à inquietude parental e falta de apoio familiar, educacional ou sociocultural faz com que muitas questões de saúde do primeiro mês de vida passem a ser avaliadas nos serviços de urgência (Garcia et al., 2016). Por este motivo, no meu percurso de estágio, com as necessidades da equipa e com conhecimentos adquiridos permitiu partilhar com a equipa de enfermagem, nomeadamente através da sessão “Cuidados à criança – Promovendo o desenvolvimento infantil”, encontra-se no apêndice IV. A formação foi norteada pelo conhecimento científico atual, e pelo manual de aleitamento materno da Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés do Comité Português para a UNICEF (Levy & Bértolo, 2012). Devido à situação de pandemia que atualmente vivemos e dada às restrições existentes no momento a formação foi realizada em pequenos grupos entre dois e quatro elementos ao longo de três dias, tendo assistido à formação nove elementos da equipa de enfermagem tendo a equipa um total de dezassete elementos. O que acabou por ser uma mais valia uma vez que a formação se tornou menos formal e acabou por se tornar num momento de conversa e partilha de experiências e conhecimentos, tendo sido referido como ponto positivo da equipa de enfermagem.

No contexto de internamento de pediatria esta competência também foi trabalhada uma vez foi identificado na equipa de enfermagem a necessidade de compreender melhor a gestão das emoções da criança e sua família, uma vez que a experiência de doença e hospitalização continua a exercer um grande sofrimento psicológico provocando sentimentos de medo, ansiedade, tristeza uma vez que estão perante um ambiente que desconhecem e em contacto com procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto (Paula Diogo et al., 2015). Havendo uma mudança das suas rotinas, perda de contactos sociais (FARINA et al., 2019) e interrupção das suas atividades (Delvecchio et

al., 2019). Agravando-se ainda mais neste período de pandemia em que as crianças durante o internamento apenas são acompanhadas por um familiar/pessoa significativa sem poder ter visitas.

A busca pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados e pelo melhor desempenho levam a uma necessidade constante de formação (Fonseca, 2015). A formação continua constitui uma estratégia que fomenta a atualização e expansão dos conhecimentos em Enfermagem e a renovação permanente das práticas profissionais por meio da análise crítica-reflexiva das situações vivenciadas (Pinheiro et al., 2014). Neste sentido foi realizado uma formação de serviço “Gestão das emoções da criança e família”, que se encontra no apêndice V, de forma a que a equipa possuísse uma base científica de como lidar com as emoções da criança e sua família de modo a minimizar as consequências emocionais, sociais e desenvolvimentais da hospitalização. Podendo potencializar experiências positivas, não traumáticas e tanto quanto possível que a experiência se torne uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e de aprendizagem. Para esta atividade realizei uma pesquisa bibliográfica através de consulta de livros, publicações periódicas nas bases de dados como a Ebsco e Scielo de forma a incorporar o conhecimento adquirido através da investigação e teve como base o modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica desenvolvido por Diogo (2017, 2015). Após esta formação de serviço a equipa alterou algumas das suas práticas, como por exemplo começou a utilizar outras medidas não farmacológicas durante os procedimentos invasivos e começou a falar com as crianças acerca das suas emoções e do que estavam a sentir e como controlar ou atenuar.

A realização destas sessões de formação enquadra-se nas competências comuns do enfermeiro especialista descrita como “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4749). Outra competência adquirida com esta atividade foi a de “suporta a sua prática clínica em evidências científicas” (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4749). Esta competência foi adquirida uma vez que foram identificadas lacunas no conhecimento e o conhecimento retirado da investigação foi incorporado para o desenvolvimento da prática clínica.

A busca pela formação é imprescindível seja através de cursos como mestrado, doutoramento, pós-graduações, conferências, seminários, Workshops, formações em serviço nas instituições todas elas dão um contributo crucial, pois cada momento de aprendizagem, constrói um momento único de aquisição de ferramentas e saberes que contribuirá para o caminho tão ambicionado da excelência do cuidado.

#### 2.2.4 Domínio da investigação

A investigação em enfermagem é um campo de ação de extrema importância, uma vez que através do seu contributo permite o desenvolvimento e consolidação do corpo de conhecimento da disciplina e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A OE defende que “a boa prática de cuidados é fruto da aplicação de conhecimentos baseados em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e da opinião de peritos reconhecidos” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 69).

Neste sentido defini como objetivos específicos de forma a adquirir competência EESIP promover cuidados de enfermagem especializados baseados na melhor evidência científica e desenvolver competência do âmbito da investigação.

No domínio da formação pude abordar alguns dos temas que senti necessidade de pesquisar e mobilizar conhecimento de forma a contribuir para cuidados seguros e desenvolvimento profissional. Com estes tive a possibilidade de partilhar os resultados com os enfermeiros orientadores e alguns enfermeiros dos serviços através de conversas informais promovendo o crescimento e desenvolvimento do grupo de pares. Esta visão focada nas necessidades das crianças/jovens e famílias aliada à prática baseada em evidências científicas permitiu-me desenvolver a competência “baseia a sua praxis de clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Em resposta à necessidade sentida de perceber quais as intervenções que promovem o desenvolvimento infantil no ambiente dos cuidados de enfermagem foi realizada um *scoping review*, que se apresenta no apêndice I, sendo um contributo para a sustentação da prática baseada em evidência da área de especialidade, desenvolvendo a competência comum de enfermeiro especialista descrita como “Suporta a prática clínica em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749). Essa competência foi adquirida através da identificação de “lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749), “(...) visando ganhos em saúde dos cidadãos” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749); da investigação e colaboração em estudos de investigação evidenciando-se a realização de uma revisão *scoping*; da interpretação, organização e divulgação de “(...) resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749) com a submissão de um poster com os resultados da *scoping review* (anexo I) no IIIº Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, onde

apresentei a revisão scoping realizada através de um poster (Apêndice VI); da discussão das “(...) implicações da investigação” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749); e da contribuição “(...) para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

### **2.3 Competências previamente adquiridas no serviço de neonatologia**

O módulo referente ao serviço de neonatologia não foi realizado por ter sido concedida creditação devido à minha experiência profissional de aproximadamente onze anos, uma vez que iniciei funções como enfermeira na UCIN do Hospital São Francisco Xavier, do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental em 2010, mantendo-me em funções até à data atual.

Os anos de experiência profissional na área de neonatologia proporcionaram-me o desenvolvimento de algumas competências e como tal irei descrever as atividades por mim desenvolvidas em contexto profissional nos domínios de atuação: prestação de cuidados, gestão de cuidados, e formação refletindo sobre os conhecimentos e habilidades anteriormente adquiridas. Previamente farei uma contextualização do serviço de neonatologia onde exerço funções e que me permitiu desenvolver as competências.

A UCIN é uma unidade de apoio diferenciada com capacidade de catorze camas, em que seis são de cuidados intensivos de nível III e as restantes oito de cuidados intensivos de nível II, com uma equipa que presta cuidados com elevado grau de complexidade 24h por dia. Esta unidade recebe os recém-nascidos (RN) dos 0 aos 28 dias que necessitem de vigilância ou cuidados especiais, recém-nascidos gravemente doentes, RN com prematuridade extrema, RN com patologia cardíaca, provenientes da urgência obstétrica e pediátrica, internamento e berçário do HSFx e por vezes vindos de outros hospitais. Os motivos de internamento mais frequentes são a prematuridade, por vezes com RN de extremo baixo peso, síndrome de dificuldades respiratória, cardiopatias congénitas, convulsões neonatais, anomalias cromossómicas, infeções, hipoglicémias e intercorrências peri-parto e intraparto (asfixia perinatal, aspiração de mecónio, hipertensão pulmonar) desenvolvendo-se cuidados especializados em situações críticas com recurso à ventilação invasiva convencional ou de alta frequência, ventilação não invasiva, utilização de óxido nítrico, estabilização e encaminhamento quando à necessidade de tratamentos com hipotermia ou ECMO. Os focos dos diagnósticos de enfermagem, segundo a linguagem CIPE, mais comuns são: a amamentação, a vinculação, o sono, o desenvolvimento infantil,

a parentalidade, o conhecimento (oportunidade de) para melhorar as competências parentais no cuidado ao recém-nascido, a dor, a ventilação, a limpeza das vias aéreas, a úlcera de pressão e a maceração. Por conseguinte é necessário a realização de intervenções de enfermagem no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional relativamente ao recém-nascido e sua família.

No domínio da prestação de cuidados pude ao longo destes anos nesta área desenvolver cuidados de elevada complexidade dirigidos ao recém-nascido vulnerável e suas famílias, sendo essencial um desenvolvimento em termos das competências científicas, técnicas e relacionais para melhor identificar as necessidades do neonato e da sua família e para melhor concretizar um trabalho multidisciplinar. Sendo essencial estar muito atenta a todos os sinais que o neonato vai transmitindo mesmo os mais subtis para rapidamente se intervir e reverter a situação, que muitas vezes pode pôr em risco a sua vida. Os anos de experiência permitiram a aquisição de competência EEESIP no âmbito do reconhecimento de situações de instabilidade hemodinâmica e a prestação de cuidados a crianças e famílias de especial complexidade e em casos mais graves de cuidados de dignificação da morte e processos de luto (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho).

O processo de enfermagem desenvolvido tem em conta as necessidades do recém-nascido e sua família e são baseados na filosofia dos CCF. O bebé prematuro ou recém-nascido com necessidades/cuidados especiais e a sua hospitalização imposta pelo seu estado clínico trás aos pais momentos de grande angústia, medo, incerteza, preocupação e impotência (Fernandes & Silva, 2015), sendo de extrema importância trabalhar com estes pais a promoção da vinculação e da parentalidade uma vez que a “imagem do bebé real é muito diferente da imaginada, dificultando a adaptação à parentalidade” (Fernandes & Silva, 2015, p. 108) e na admissão de um bebé na UCIN os pais são confrontados com um ambiente de cuidados intensivos com todas as suas demandas associadas (Obeidat et al., 2009). O cuidar de recém-nascidos na UCIN está muitas vezes associado a maior incidência de depressão, ansiedade e transtorno de stress pós-traumático, o que pode prejudicar a capacidade dos pais de formar um apego seguro com a criança (Miller et al., 2020). Sendo o vínculo “considerado a força central de desenvolvimento ao longo da vida” (Obeidat et al., 2009, p.23) é de extrema relevância perceber os sentimentos vivenciados pelos pais, mostrar-lhes a importância da sua presença junto do recém-nascido e promover a proximidade entre recém-nascido e os pais uma vez que estes pais sentem muitas vezes que não podem fazer o que fazem os outros pais, que o seu toque pode agravar o estado clínico do bebé e que não conseguem cuidar do seu bebé (Fernandes & Silva, 2015). O

trabalho do enfermeiro é de promover o apego, a vinculação, preparando estes pais para o cuidado, inicialmente com o incentivo no toque (na contenção do bebé) e mais tarde assim que há estabilidade clínica do bebé no contacto pele a pele através do método canguru ou colo e ir aumentando as capacidades parentais no cuidado ao bebé à medida que os pais conseguirem prestar-lhes esse cuidado rumo à independência do cuidado.

A comunicação é outro aspeto também muito trabalhado pelo enfermeiro nas UCIN e fundamental no sucesso dos CCF, pois só assim se consegue perceber as necessidades, preocupações, inquietudes, emoções da outra pessoa, respeitar as suas crenças e cultura. Através destas intervenções tenho desenvolvido as competências relacionadas com a implementação de um plano de cuidados promotor da parentalidade e da capacitação parental, da promoção da vinculação e da comunicação adequada com a criança e família. (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho).

Os cuidados desenvolvidos têm como base práticas promotoras do desenvolvimento infantil de forma a que as experiências adversas vividas tenham o menor impacto 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 (Gorzilio et al., 2015; MacDonald & Seshia, 2018) e os neonatos por vezes passam um grande período de tempo internados nestas condições num período de desenvolvimento crítico. Cada vez mais existem evidências que mostram a vulnerabilidade do cérebro imaturo à dor e ao stress e ambientes sociais e ambientais anormais (MacDonald & Seshia, 2018). Durante o internado na UCIN o cérebro do bebé passa por uma série de eventos neurológicos complexos, com o estabelecimento de conexões sinápticas e neurais, bem como a proliferação de estruturas significativas como tálamo, córtex e cerebelo, todas vulneráveis a experiências exógenas e endógenas (Aita et al., 2017; Yue et al., 2019). É importantíssimo a promoção do desenvolvimento destas crianças e a otimização do ambiente e práticas que melhorem o resultado neurocomportamental por meio de otimização da experiência na UCIN (J. Santos et al., 2015). Neste sentido é trabalhado na unidade intervenções de forma a promover o neurodesenvolvimento ideal destas crianças com intervenções que melhorem a experiência do cuidar, como a promoção das interações entre pais e bebé, promoção do sono, a avaliação e controlo da dor e são realizadas intervenções que promovem o desenvolvimento no cuidado diário e quando estes bebés atingem as 34s é realizado um plano individual de desenvolvimento de forma a promover a estimulação precoce nestas

crianças com o envolvimento dos pais. Atualmente o grupo responsável desta área, do qual faço parte, está a idealizar um projeto de forma a melhorar o ambiente envolvente tornando-o um ambiente mais curativo. Deste modo tenho desenvolvido competência na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho).

A gestão da dor e do bem-estar do neonato é fundamental uma vez que a dor mal controlada durante o período neonatal pode levar a consequências negativas a longo prazo. Por isso uma avaliação adequada da dor no recém-nascido é vital uma vez que o recém-nascido sente dor e devido ao seu sistema nervoso imaturo, este é hipersensível a estímulos dolorosos (Perry et al., 2018). A avaliação da dor em neonatos é notoriamente difícil devido à imaturidade e ao estágio de desenvolvimento físico, cognitivo e comportamental do recém-nascido e principalmente do recém-nascido prematuro ou gravemente doente por isso o uso de escalas de avaliação da dor é imprescindível de forma a fornecer uma medida precisa de presença de dor, stress ou desconforto (Perry et al., 2018). Na UCIN utilizamos a escala de EDIN, quando o neonato demonstra dor ou desconforto ou efetuamos algum procedimento que seja fonte potencial de dor, como por exemplo a punção do calcanhar, os cuidados diários, a remoção de adesivos, a aspiração de secreções e tantos outros tão frequentes no dia a dia destas crianças para um melhor controlo da dor e perceber a eficácias das medidas farmacológicas e não farmacológicas no tratamento da dor. Embora seja feita uma tentativa de reduzir ao máximo os procedimentos dolorosos e stressantes a quantidade e duração de estímulos nocivos aos quais o bebé é exposto ainda é enorme sendo fundamental o uso de intervenções não farmacológicas tais como a administração de sacarose, a sucção não nutritiva, o método canguru, a contenção, são medidas com grande benefícios do alívio da dor no neonato mas algumas vezes não são suficientes e são usadas em conjunto com medidas farmacológicas, tais como, a administração de paracetamol, opioides, benzodiazepinas como Midazolam e anestésicos locais como EMLA para aumentar a eficácia. Neste sentido desenvolvi competência na gestão diferenciada da dor e do bem-estar do recém-nascido (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho).

No domínio da gestão de cuidados desenvolvi competências na gestão de cuidados aos recém-nascidos e famílias e na gestão de cuidados da equipa de saúde. Na gestão de cuidados ao recém-nascido e famílias desenvolvi competências no estabelecimento de prioridades, uma intervenção constante na prática de enfermagem, porém altamente complexa, que requer competência para a identificação de prioridades de situações de especial complexidade e conhecimento sobre o recém-nascido e pais e dinâmica do serviço

de forma a conseguir dar resposta em tempo útil mantendo a segurança e qualidade dos cuidados.

Ao longo dos últimos anos também desenvolvi competências na área de gestão de equipa uma vez que já fui “segundo elemento” na equipa de enfermagem. Atualmente sou chefe de equipa com a responsabilidade de identificar e avaliar a complexidade dos cuidados às crianças e famílias internadas; para além disto sou também responsável por distribuir diariamente os elementos da equipa e por vezes tenho de tomar decisões sobre todos os assuntos da unidade, na ausência da enfermeira chefe do serviço. Uma vez que nos turnos da tarde e da noite é o chefe de equipa, destacado pela enfermeira chefe, responsável por colmatar as necessidades de reposição de material clínico e de fármacos entre outras atividades de gestão. Como chefe de equipa também tenho como função gerir situações de conflito entre a equipa de saúde e famílias das crianças internadas assim como gerir algum conflito entre membros da equipa de saúde. Desta forma estou a desenvolver competência em liderar equipas de prestação de cuidados na área de saúde infantil e pediátrica e com um o intuito da otimização de um trabalho de equipa adequado aos recursos e necessidades de cuidado (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

No que respeita ao domínio da formação também desenvolvi algumas competências uma vez que esta é imprescindível uma vez que é por meio da formação continua que o enfermeiro desenvolve competências que permitem o desenvolvimento de uma prática profissional complexa, personalizada e de qualidade tendo em conta os novos desafios que se impõem. (Fonseca, 2015). Ao longo destes anos de experiência clínica tenho realizado formação continua podendo destacar a formação Quantum Caring: Skin to Skin in NIUC, tendo sido uma das responsáveis após a formação de proporcionar as bases e de incentivar a equipa a melhorar a prática clínica no que respeita ao método canguru. Também destaco a formação em aleitamento materno desenvolvida pela comissão nacional, iniciativa amiga dos bebés de forma a poder dar apoio às mães que pretendem amamentar, quer no início da amamentação quer na continuidade ajudando-as a ultrapassar dificuldades sentidas. Realizei um curso de pós-graduação em enfermagem de neonatologia como intuito de aprofundar os conhecimentos na área. Também tenho participado em conferencias na área de neonatologia e na formação em serviço de forma promover o desenvolvimento e a atualização dos conhecimentos pessoais. Oriento o meu exercício profissional no processo de tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções com um conhecimento válido baseado na evidência científica. Desenvolvendo assim a competência “Baseia a sua

praxis clínica especializada em evidencia clínica (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

Atualmente também faço parte de um projeto de melhoria continua com vista na melhoria dos cuidados de enfermagem que tem como principal objetivo a transformação digital do projeto de preparação e acompanhamento da alta do recém-nascido de risco iniciado em fevereiro de 2020. Uma vez que observamos que após a alta do RN, especialmente os de maior risco, embora tenha sido realizada ao longo do internamento a capacitação parental para os cuidados ao recém-nascido no domicílio estes quando chegavam a casa eram confrontados com o afastamento da tecnologia e a segurança dos profissionais de saúde e surgiam novamente sentimentos de insegurança e dúvidas relativamente à sua capacidade de satisfazer as necessidades do recém-nascido. Surgiu a necessidade de desenvolver um projeto de follow-up aos RN internados na UCIN com um telefonema a todos os recém-nascidos e uma visita domiciliária a todos aqueles que as famílias sentissem essa necessidade. Devido ao contexto atual a visita domiciliar não é possível ser realizada pelo que levou à necessidade de mobilizar uma nova ferramenta de trabalho, a teleconsulta de enfermagem. A importância da preparação para a alta é referida pela OE no Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica relativo à preparação do regresso a casa (2011) onde é referida a necessidade de assegurar a continuidade dos cuidados prestados às famílias

Com este projeto desenvolvo a minha competência de “garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

Para além de promover o meu autodesenvolvimento pessoal e profissional, tenho tido a oportunidade de realizar e colaborar na orientação de futuros profissionais pelo que a orientação dos alunos em contexto clínico acarreta uma importância vital, enquanto estratégia de desenvolvimento holístico do aluno, de construção e desenvolvimento de uma profissionalidade e na aquisição/desenvolvimento de competências. Assim como tenho a responsabilidade da integração de novos elementos na unidade. Todas estas atividades foram promovendo o desenvolvimento de competências em EESIP.

### 3. CONCLUSÃO E PROJETOS FUTUROS

Todo este percurso, pelos diversos contextos de estágio, pelas vivências únicas que todas as famílias e crianças proporcionaram, pela orientação teórica que tive a possibilidade de ter e através elaboração deste relatório proporcionaram-me uma reflexão, aquisição e o desenvolvimento de competências de Mestre, competências Comuns de Enfermeiro Especialista e as competências de EESIP.

Considero ter superado este desafio e os objetivos a que me propus e a sensibilizar as equipas para a temática do desenvolvimento infantil, que apesar de estar muito evidenciada na literatura a sua importância, ainda continuam a existir crianças que não conseguem desenvolver todo o seu potencial de desenvolvimento, principalmente aquelas com mais vulnerabilidades. Todas têm o direito de crescer num ambiente que lhes permita atingir o seu pleno potencial. Sendo de extrema importância o papel do EESIP em todos os seus contextos de atuação, uma vez que é crucial ser sensível a todas as necessidades da criança e atuar de forma a promover o desenvolvimento infantil, principalmente em idades mais precoces, uma vez que as primeiras experiências de aprendizagem vão moldar profundamente a saúde e o desenvolvimento ao longo da vida.

Evidências claras e consistentes indicam que as crianças devem receber cuidados holísticos em todas as unidades de contexto de forma a poderem desenvolver-se. Ajudar os pais nesta tarefa é imprescindível através de informações antecipatórias de forma a estes poderem compreender o desenvolvimento infantil, a perceber o que podem esperar e como podem apoiar e promover o desenvolvimento à medida que a criança cresce e se desenvolve, assim como a estar alerta para alguma alteração do seu percurso.

Ao longo dos vários contextos de estágio prestei cuidados maioritariamente a recém-nascidos e crianças e suas famílias, mas não tive tanta oportunidade de abordar os adolescentes e a envolvimento que os caracteriza. Utilizei sempre como quadro de referência os CCF, a parceria de cuidados, os cuidados não traumáticos e o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, que me iram sempre acompanhar enquanto futura EESIP, uma vez que é através deste modelo de promoção de saúde que se consegue modificar comportamentos e adquirir comportamentos potenciadores de saúde, uma vez que ele tem em conta as características e as experiências da pessoa que vão afetar o comportamento de adesão.

No contexto de cuidados de saúde primários apesar das limitações e aspetos dificultadores, considero que este foi um estágio bastante pertinente para o desenvolvimento de competências de mestre e especialista na área específica de saúde Infantil e Pediátrica, uma vez que foi rico em oportunidades e aprendizagens apesar das contingências impostas.

Na consulta pude realizar a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, promoção de saúde, prevenção de doenças e de situações que possam condicionar o bem-estar da criança, e promoção do desenvolvimento pessoal e social das crianças. Pude conhecer a dinâmica da USF e papel extraordinário do enfermeiro de família. Foi um privilégio poder estagiar nesta unidade e perceber o modo como se preocupam com as pessoas, a forma como tentam resolver os seus problemas em tempo útil e a dedicação que dão a cada família. Apesar das contingências desta fase consegui chegar junto das famílias e promover a literacia em saúde das famílias de crianças dos 0 aos 2 anos, com a elaboração do caderno informativo. Este caderno informativo tem, para além da versão escrita, uma versão em formato eletrónico disponibilizada por via de um *QR-Code*. Escolhi esta forma de partilha pois vivemos numa sociedade cada vez mais digital e assim o alcance desta documentação pode ser bastante mais abrangente de forma a disponibilizar informação fidedigna e de qualidade às famílias de forma a aprofundarem o seu conhecimento de modo a promoverem e a manterem uma boa saúde das suas crianças. As famílias acharam que a iniciativa foi muito pertinente e sugeriram outras temáticas que gostariam que fossem abordadas como a amamentação, cólicas e introdução da alimentação da criança, estas foram comunicadas à equipa que se mostrou interessada em continuar uma vez que as famílias demonstraram esse interesse.

No contexto de serviço de urgência um contexto que me trouxe mais desafios uma vez é um contexto muito diferente ao qual estou habituada a exercer as minhas funções, na medida que o processo de cuidado decorre muito rapidamente. Sendo essencial rapidamente estabelecer uma relação com a família para conseguir chegar as suas necessidades. Considero por isso que este contexto veio trazer um grande contributo para o desenvolvimento de competências de especialista na área específica de saúde Infantil e Pediátrica e essencial para a descoberta de competências que ainda necessitam de ser desenvolvidas se tiver de exercer funções em contexto de urgência pediátrica, tais como a comunicação.

O contexto de internamento de pediatria foi um contexto muito rico e interessante na medida que pude proporcionar às crianças cuidados menos traumáticos e potenciais

experiências de saúde mais positivas, tão importantes em contexto de doença crónica, através da gestão das suas emoções e da gestão da dor nas crianças. Neste contexto consegui sensibilizar a equipa para estas áreas e para a adoção de outras estratégias para o alívio da dor, principalmente em crianças mais velhas, como a distração guiada, o uso de bolas de sabão, contar histórias ou ouvir a sua música favorita

Neste percurso foram várias as limitações sentidas em cada contexto de estágio, umas das limitações mais sentidas foi devido ao facto de estarmos a viver uma situação de pandemia. Desde março que a pandemia Covid-19 tem constituído um desafio adicional para os sistemas de saúde que procuram fazer face à crise sanitária sem descuidar os restantes cuidados às pessoas principalmente a dos mais frágeis. Contudo, as dificuldades foram transformadas em oportunidades de aprendizagem e crescimento e foi necessário procurar reorganizar e reinventar de modo a garantir a excelência do cuidar e a minimização do impacto da pandemia.

Considero assim que evolui muito como profissional e como pessoa, mas este é apenas mais um passo no meu percurso pois quero continuar a desenvolver competências no decorrer da minha vida profissional porque só assim vou conseguir ajudar os recém-nascidos de risco na UCIN, uma vez que cuidar destes exige do enfermeiro a interiorização permanente do binómio criança e família, no atendimento das suas necessidades, assim como na promoção da sua saúde.

Quanto aos projetos futuros incluem na prática diária continuar a dinamização e a promoção do desenvolvimento infantil no cuidado específico dos recém-nascidos de risco de forma a tornar a UCIN num ambiente menos adverso, com intervenções eficazes e promotoras de um desenvolvimento infantil de forma a reduzir as experiências adversas e as suas vulnerabilidades. Prosseguirei o meu desenvolvimento profissional através da formação para que possa continuar a prestar cuidados de qualidade, com conhecimento e competência na tomada de decisão de forma a responder às necessidades das crianças e suas famílias.



#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamson, L. B., Kaiser, A. P., Tamis-LaMonda, C. S., Owen, M. T., & Dimitrova, N. (2020). The developmental landscape of early parent-focused language intervention. *Early Childhood Research Quarterly*, *50*(1), 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.11.005>
- Agarwal, N., Arkilo, D., Farooq, O., Gillogly, C., Kavak, K. S., & Weinstock, A. (2017). Ketogenic diet: Predictors of seizure control. *SAGE Open Medicine*, *5*, 205031211771288. <https://doi.org/10.1177/2050312117712887>
- Aita, M., Stremler, R., Feeley, N., Lavallée, A., & De Clifford-Faugère, G. (2017). Effectiveness of interventions during NICU hospitalization on the neurodevelopment of preterm infants: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, *6*(1), 225. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0613-5>
- All Answers Ltd. (2018, November). *Pender's Health Promotion Model*. <https://nursinganswers.net/essays/penders-health-promotion-model.php>
- American Psychological Association. (2019). Publication Manual of the American Psychological Association. In *American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.7765/9781526129697.00004>
- Anil, S., & Anand, P. S. (2017). Early childhood caries: Prevalence, risk factors, and prevention. In *Frontiers in Pediatrics* (Vol. 5, p. 157). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00157>
- Baggio, M. A. (2006). O SIGNIFICADO DE CUIDADO PARA PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *8*(1). <https://doi.org/10.5216/ree.v8i1.949>
- Black, M. M., Pérez-Escamilla, R., & Rao, S. F. (2015). Integrating nutrition and child development interventions: Scientific basis, evidence of impact, and implementation considerations. *Advances in Nutrition*, *6*(6), 852–859. <https://doi.org/10.3945/an.115.010348>
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. In *The Lancet* (Vol. 389, Issue 10064, pp. 77–90). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)

- Branco, M. S. S., & Linhares, M. B. M. (2018). The toxic stress and its impact on development in the Shonkoff's Ecobiodevelopmental Theoretical approach. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 35(1), 89–98. <https://doi.org/10.1590/1982-02752018000100009>
- Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., Perez-Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., Fernald, L. C. H., MacMillan, H., Hanson, M., Wachs, T. D., Yao, H., Yoshikawa, H., Cerezo, A., Leckman, J. F., & Bhutta, Z. A. (2017a). Nurturing care: promoting early childhood development. In *The Lancet* (Vol. 389, Issue 10064, pp. 91–102). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
- Busch, D. W., Logan, K., & Wilkinson, A. (2014). Clinical Practice Breastfeeding Recommendations for Primary Care: Applying a Tri-Core Breastfeeding Conceptual Model. *Journal of Pediatric Healthcare*, 28(6), 486–496. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.02.007>
- Caldeira, T. S. G. P. E. R. D. R. R. L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa Da Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 6(1), 1–4. [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624\\_APP\\_Vol\\_37\\_N1\\_OR\\_Dia\\_Dia\\_Urgencia\\_Pediatrica.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624_APP_Vol_37_N1_OR_Dia_Dia_Urgencia_Pediatrica.pdf)
- Câmara, M. C. G., De Sá Barreto, A. M., De Sousa Medeiros, A. P. S., Albuquerque de Lucena, I. F., De Moura, J. V. S., & Oliveira, T. D. F. (2011). The use of games in health education in order to prevent iron deficiency anemia in infancy: the role of the nurse. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 5(5), 1280. <https://doi.org/10.5205/reuol.1302-9310-2-le.0505201127>
- Campbell, F., Conti, G., Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Pungello, E., & Pan, Y. (2014). Early childhood investments substantially boost adult health. *Science*, 343(6178), 1478–1485. <https://doi.org/10.1126/science.1248429>
- Carvalho Martins, P. A., Dias da Costa Malheiro, M. I., & Carvalho Lemos Sousa, M. O. (2018). A intervenção com a Newborn Behavioral Observations (NBO) no recém-nascido, lactente e sua família: A Scoping Review. *Pensar Enfermagem*, 22(2), 23–44. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=138598438&lang=pt-pt&site=ehost-live>

- Center on the Developing Child. (2007). *The impact of early adversity on children's development*.
- Cheng, H., Eames-Brown, R., Tutt, A., Laws, R., Blight, V., McKenzie, A., Rossiter, C., Campbell, K., Sim, K., Fowler, C., Seabury, R., & Denney-Wilson, E. (2020). Promoting healthy weight for all young children: a mixed methods study of child and family health nurses' perceptions of barriers and how to overcome them. *BMC Nursing, 19*(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00477-z>
- Christian, B. J. (2020). Translational Research – Parents and Pediatric Nurses Promoting Children's Health in Primary Care and During Hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing, 52*, 91–94. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.04.007>
- Chupil, P., Souza, K. P. de O., & Schneider, C. de F. (2018). A NEUROPSICOPEDAGOGIA E O PROCESSO DE APRENDIZAGEM. In *IESDE BRASIL S.A.*
- Clark, C. A., Kent, K. A., & Jackson, R. D. (2016). Open Mouth, Open Mind: Expanding the Role of Primary Care Nurse Practitioners. *Journal of Pediatric Healthcare, 30*(5), 480–488. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.11.007>
- Collier, L. R., Gregory, T., Harman-Smith, Y., Gialamas, A., & Brinkman, S. A. (2020). Inequalities in child development at school entry: A repeated cross-sectional analysis of the Australian Early Development Census 2009–2018. *The Lancet Regional Health - Western Pacific, 4*, 100057. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2020.100057>
- Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J., Ford, D., Sodomka, P., & Simmons, L. (2006, June). Partnering with Patients and Families To Design a Patient- and Family-Centered Health Care System. *Institute for Family-Centered Care*.
- Costa, J. dos S. (2004, October). Métodos de prestação de cuidados. *Instituto Politécnico de Viseu*. <http://hdl.handle.net/10400.19/560>
- Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T., & O'Shea, R. (2011). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing, 67*(12), 2561–2573. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05768.x>
- Dal'Bosco, E. B., Barancelli, M. D. C., Gobatto, M., & Schmidt, C. L. (2019). Humanização Hospitalar Na Pediatria: Projeto "Enfermeiros Da Alegria. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 13*(4), 1173–1178.

- <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=136167973&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Delvecchio, E., Salcuni, S., Lis, A., Germani, A., & Di Riso, D. (2019). Hospitalized Children: Anxiety, Coping Strategies, and Pretend Play. *Frontiers in Public Health*, 7, 250. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00250>
- Desai, P. P., & Pandya, S. V. (2013). Communicating with children in healthcare settings. *Indian Journal of Pediatrics*, 80(12), 1028–1033. <https://doi.org/10.1007/s12098-013-0969-z>
- DGS. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. [http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/DGS\\_dor\\_pediátrica.pdf](http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/DGS_dor_pediátrica.pdf)
- Diogo, P. (2017). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática*. November, 1–16. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16091.31528>
- Diogo, Paula, 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(13), 43–51. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a06.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias) – Normas de Orientação Clínica*. <http://nocs.pt/dor-recem-nascidos/>
- Direção Geral do Consumidor, & Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2013). *Guia para educadores - Alimentação em idade escolar*. [https://www.apn.org.pt/documentos/guias/GuiaAPN\\_AlimentacaoIdadeEscolar.pdf](https://www.apn.org.pt/documentos/guias/GuiaAPN_AlimentacaoIdadeEscolar.pdf)
- Diretora-Geral da Saúde. (2020, March 26). *Orientação n°008/2020*. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e Epidemia de Covid-19. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/informacoes/informacao-n-0082020-de-26032020-pdf.aspx>

- Domek, G. J., Szafran, L. H., Bonnell, L. N., Berman, S., & Camp, B. W. (2020). Using Finger Puppets in the Primary Care Setting to Support Caregivers Talking With Their Infants: A Feasibility Pilot Study. *Clinical Pediatrics*, 59(4/5), 380–387. <https://doi.org/10.1177/0009922820903407>
- Dunn, M. S., Reilly, M. C., Johnston, A. M., Hoopes, R. D., & Abraham, M. R. (2006). Development and dissemination of potentially better practices for the provision of family-centered care in neonatology: The family-centered care map. *Pediatrics*, 118(SUPPL. 2), S95–S107. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0913F>
- Espirito Santo, F. H. do, Escudeiro, C. L., & Filho, G. A. S. das C. (2000). O Tom do Cuidado de Enfermagem para alunos de graduação. *R. Bras. Enfermagem*, 53(1), 23–29. <https://www.scielo.br/j/reben/a/PrBHzXspshXYkznv9w5Yc8d/?format=pdf&lang=pt>
- FARINA, B., ALEXANDRIA, E., AMORIM, Y., & PARRAGA, M. B. (2019). *EFEITOS DO ADOECIMENTO E HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL NO DESENVOLVIMENTO DE PAIS CUIDADORES*. [www.repositoriodigital.univag.com.br](http://www.repositoriodigital.univag.com.br)
- Fernandes, N., & Silva, E. (2015). Parents' experience during the hospitalisation of the preterm infant. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 4), 107–115. <https://doi.org/10.12707/RIV14032>
- First International Conference on Health Promotion, O. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. 21 Novembro 1986.
- Fonseca, E. (2015, January 19). FORMAÇÃO: UMA NARRATIVA PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM. *Nursing*. <https://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Fonseca Victor, J., Venícios De Oliveira Lopes, M., & Ximenes, L. B. (2005). Analysis of diagram the health promotion model of Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. In *Acta Paul Enferm* (Vol. 18, Issue 3). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>
- Garcia, C., Mascarenhas, I., Teixeira, A. T., Bento, V., Alves, C., & Almeida, H. (2016). Recém-Nascidos no Serviço de Urgência Pediátrica: Casuística de Um Ano. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 47, 61–67. [https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1634/1/Acta Pediatr Port 2016%2C 47%2C 61-7.pdf](https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1634/1/Acta%20Pediatr%20Port%202016%2C%2047%2C%2061-7.pdf)
- Gertler, P., Heckman, J., Pinto, R., Zanolini, A., Vermeersch, C., Walker, S., Chang, S. M., & Grantham-McGregor, S. (2014). Labor market returns to an early childhood

- stimulation intervention in Jamaica. *Science*, 344(6187), 998–1001. <https://doi.org/10.1126/science.1251178>
- Giacomello, K. J., & Melo, L. de L. (2019). The meaning of the care of hospitalized children: experiences of nursing professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 251–258. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0597>
- Goes, A. R. (2019). Literacia em saúde parental: dos fundamentos às intervenções. *SAÚDE & TECNOLOGIA*, 22, 8–12. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.25758/set.2237>
- Góes, F. G. B., Silva, M. da A., Paula, G. K. de, Oliveira, L. P. M. de, Mello, N. da C., & Silveira, S. S. D. da. (2018). Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 2808–2817. [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt\\_0034-7167-reben-71-s6-2808.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2808.pdf)
- Gorzilio, D. M., Garrido, E., Gasparido, C. M., Martinez, F. E., & Linhares, M. B. M. (2015). Neurobehavioral development prior to term-age of preterm infants and acute stressful events during neonatal hospitalization. *Early Human Development*, 91(12), 769–775. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.09.003>
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., & Strupp, B. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet*, 369(9555), 60–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)
- Great Ormond Street Hospital. (2020). *Distraction*. The Play Department in Collaboration with the Child and Family Information Group. <https://www.gosh.nhs.uk/conditions-and-treatments/procedures-and-treatments/distraction/>
- Greenhalgh, T. (2012). Why do we always end up here? Evidence-based medicine's conceptual cul-de-sacs and some off-road alternative routes. *Journal of Primary Health Care*, 4(2), 92–97. <https://doi.org/10.1071/hc12092>
- Guyer, A. E., Pérez-Edgar, K., & Crone, E. A. (2018). Opportunities for Neurodevelopmental Plasticity From Infancy Through Early Adulthood. *Child Development*, 89(3), 687–697. <https://doi.org/10.1111/cdev.13073>
- Håkstad, R. B., Obstfelder, A., & Øberg, G. K. (2017). Let's play! An observational study of primary care physical therapy with preterm infants aged 3-14 months. *Infant Behavior & Development*, 46, 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.01.001>
- Hardy, J. K., & McLeod, R. H. (2020). Using Positive Reinforcement With Young Children. *Beyond Behavior*, 29(2), 95–107.

<https://doi.org/10.1177/1074295620915724>

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enaquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar* (LUSOCIÊNCIA (ed.)). Lusociência
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. In *Elsevier* (9ª Edição).
- Hoddinott, J., Maluccio, J. A., Behrman, J. R., Flores, R., & Martorell, R. (2008). Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *The Lancet*, *371*(9610), 411–416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60205-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60205-6)
- Hosokawa, R., & Katsura, T. (2018). Association between mobile technology use and child adjustment in early elementary school age. *PLoS ONE*, *13*(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199959>
- Hsu, H.-C., Lee, S.-Y., Lai, C.-M., Tsai, W.-L., & Chiu, H.-T. (2018). Effects of Pediatric Anticipatory Guidance on Mothers of Young Children. *Western Journal of Nursing Research*, *40*(3), 305–326. <https://doi.org/10.1177/0193945916681292>
- Hsu, H. C., Lee, S. Y., Lai, C. M., Tsai, W. L., & Chiu, H. T. (2018). Effects of Pediatric Anticipatory Guidance on Mothers of Young Children. *Western Journal of Nursing Research*, *40*(3), 305–326. <https://doi.org/10.1177/0193945916681292>
- Hurley, K. M., Yousafzai, A. K., & Lopez-Boo, F. (2016). Early child development and nutrition: A review of the benefits and challenges of implementing integrated interventions. *Advances in Nutrition*, *7*(2), 357–363. <https://doi.org/10.3945/an.115.010363>
- Institute of Medicine and National Research Council. (2015). Transforming the Workforce for Children Birth Through Age 8. In *Transforming the Workforce for Children Birth Through Age 8*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/19401>
- Kassam-Adams, N., & Butler, L. (2017). What do clinicians caring for children need to know about pediatric medical traumatic stress and the ethics of trauma-informed approaches? *AMA Journal of Ethics*, *19*(8), 793–801. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.8.pfor1-1708>
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. In *Maternal and Child Health Journal* (Vol. 16, Issue 2, pp. 297–305). Springer. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>
- Lei nº 156/2015. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário Da Republica Diário

- Da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16.  
<https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Leng, H. Y., Zheng, X. L., Zhang, X. H., He, H. Y., Tu, G. F., Fu, Q., Shi, S. N., & Yan, L. (2016). Combined non-pharmacological interventions for newborn pain relief in two degrees of pain procedures: A randomized clinical trial. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 20(6), 989–997. <https://doi.org/10.1002/ejp.824>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés MANUAL DE ALEITAMENTO MATERNO*.
- Lombart, B. (2015). Le care en pédiatrie . *Recherche En Soins Infirmiers*, 122(3), 67–76. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0067>
- Loureiro, I. (2009). Competências para promover a saúde. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 2, 81–103. [https://doi.org/10.14195/1647-8614\\_43-2\\_5](https://doi.org/10.14195/1647-8614_43-2_5)
- Luiz, F. S., Vasconcellos, L. J. de, Barbosa, A. C. S., Paiva, A. do C. P. C., Santos, K. B. dos, Sanhudo, N. F., & Carbogim, F. da C. (2020). Papel do pensamento crítico na tomada de decisão pelo enfermeiro: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 38, e1763. <https://doi.org/10.25248/reas.e1763.2020>
- MacDonald, M. G., & Seshia, M. M. K. (2018). *Avery neonatologia, fisiopatologia e tratamento do recém-nascido; tradução Sylvia Elgg e revisão técnica Lilian Sadeck* (7th ed.). Guanabara Koogan.
- Magalhães, A. M. M. de, Riboldi, C. de O., & Dall’Agnol, C. M. (2009). Planning human resources in nursing: challenge for the leadership. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), 608–612. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000400020>
- Malaquias, T. da S. M., Baena, J. A., Campos, A. P. dos S., Moreira, S. R. K., Bladissera, V. D. A., & Higarashi, I. H. (2014). O USO DO BRINQUEDO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL: SABERES E PRÁTICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 13(1), 97–103. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i1.21802>
- Mangrio, E., Hellström, L., Nilsson, E. L., & Ivert, A. K. (2021). An Extended Home Visit Programme Within the Swedish Child Healthcare System for First-Time Parents in Scania, Sweden: A Study Protocol. *Frontiers in Public Health*, 9, 537468. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.537468>
- Manz, P. H., & Ventresco, N. E. (2019). Observing home-visiting quality across time: A longitudinal reliability study of the Home Visit Rating Scales. *Infant Mental Health*

- Journal*, 40(3), 363–379. <https://doi.org/10.1002/imhj.21780>
- Marcacine, K. O., Orati, P. L., & Abrão, A. C. F. de V. (2012). Educação em saúde: repercussões no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 141–147. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672012000100021>
- Marques, E. P., Garcia, T. M. B., Anders, J. C., Luz, J. H. da, Rocha, P. K., & Souza, S. de. (2016). Playful activities in health care for children and adolescents with cancer: the perspectives of the nursing staff. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(3), 1–8. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160073>
- Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 6), 113–121. <https://doi.org/10.12707/riii1144>
- Miller, R. R., Bedwell, S., Laubach, L. L., & Tow, J. (2020). What Is the Experience of Babywearing a NICU Graduate? *Nursing for Women's Health*, 24(3), 175–184. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2020.04.003>
- Milteer, R. M., Ginsburg, K. R., HEALTH, C. O. C. A. M. C. O. P. A. O. C. A. F., & Mulligan, D. A. (2012). The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bond: Focus on Children in Poverty. *Pediatrics*, 129(1), e204–e213. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2011-2953>
- Moreira, M. D. de S., & Gaiva, M. A. M. (2016). Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança. *Ciênc. Cuid. Saúde*, 677–684. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v%vi%oi.32093>
- Moreno, M. A. (2016). Supporting Child Play. *JAMA Pediatrics*, 170(2), 184–184. <https://doi.org/10.1001/JAMAPEDIATRICS.2015.2505>
- Mororó, D. D. de S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. de C., Silva, C. M. B. da, & Menezes, R. M. P. de. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Murthy, N., Chandrasekharan, S., Prakash, M. P., Kaonga, N. N., Peter, J., Ganju, A., & Mechael, P. N. (2019). The Impact of an mHealth Voice Message Service (mMitra) on Infant Care Knowledge, and Practices Among Low-Income Women in India: Findings from a Pseudo-Randomized Controlled Trial. *Maternal & Child Health Journal*, 23(12), 1658–1669. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02805-5>
- Nogueira, J. W. da S., & Rodrigues, M. C. S. (2015). COMUNICAÇÃO EFETIVA NO

- TRABALHO EM EQUIPE EM SAÚDE: DESAFIO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE. *Cogitare Enferm*, 20(3), 636–640. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/40016/26245>
- O'Connor, S., Brenner, M., & Coyne, I. (2019). Family-centred care of children and young people in the acute hospital setting: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 28(17/18), 3353–3367. <https://doi.org/10.1111/jocn.14913>
- Obeidat, H. M., Bond, E. A., & Callister, L. C. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23–29. <https://doi.org/10.1624/105812409x461199>
- OE. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. In *Ordem dos Enfermeiros: Vol. I (Issue 6)*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicascontolodorcricao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontolodorcricao.pdf)
- Ogretmen, B. (2019). Sit Down and Play: A Preventive Primary Care-Based Program to Enhance Parenting Practices. *Physiology & Behavior*, 176(3), 139–148. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0583-6>.
- Oliveira, D. E. S. D. de, Suzuki, A. C., Pavinato, G. A., & Santos, J. V. L. dos. (2020). A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL E PARA O DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM: um estudo teórico. *Intra@ciência*, 19. [https://uniesp.edu.br/sites/\\_biblioteca/revistas/20200522115524.pdf](https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522115524.pdf)
- Ordem dos enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. (Vol. 1). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudeinfantil\\_pediatria\\_volumel1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volumel1.pdf)
- Ordem Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem Tomada de Posição*.
- Ordem Enfermeiros. (2007). *Parecer nº 136 / 2007 - Delegação e tomada de posição*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao\\_23Abr2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf)
- Papalia, D. E. ., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2013). *Desenvolvimento Humano*

- (AMGH EDITORA LTDA (ed.); 12<sup>a</sup>).
- Peacock-Chambers, E., Ivy, K., & Bair-Merritt, M. (2017). Primary Care Interventions for Early Childhood Development: A Systematic Review. *Pediatrics*, 140(6), 1–19. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1661>
- Pedro, A. R. (2018). *Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente. Tese apresentada para cumprimento à obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública*. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/58232/1/RUN> - Tese de Doutoramento - Ana Rita Pedro.pdf
- Pedroso, R. M. C. J. (2017). IMPACTO DA PARCERIA DE CUIDADOS PARA A CRIANÇA HOSPITALIZADA E SUA FAMÍLIA. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicologia.*, 3(1), 225. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.991>
- Pender, N. J. (2011). *Health Promotion Model Manual*. University of Michigan. <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2014). Health Promotion in Nursing Practice. In *Nursing Standard* (7th ed.). Pearson.
- Perry, M., Tan, Z., Chen, J., Weidig, T., Xu, W., & Cong, X. S. (2018). Neonatal Pain: Perceptions and Current Practice. In *Critical Care Nursing Clinics of North America* (Vol. 30, Issue 4, pp. 549–561). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2018.07.013>
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In M. Z. Aromataris E (Ed.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pinheiro, G., Macedo, A., & Costa, N. (2014). Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 2), 101–109. <https://doi.org/10.12707/rrii1381>
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(6), 677–687. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694>
- Plutzer, K., & Spencer, A. J. (2008). Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(4), 335–346. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00414.x>
- Pope, N., Tallon, M., McConigley, R., & Wilson, S. (2015). The experiences of acute non-surgical pain of children who present to a healthcare facility for treatment: a

- systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(10), 12–20. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2466>
- Rabbitt, A., & Coyne, I. (2012). Childhood obesity: nurses' role in addressing the epidemic. *British Journal of Nursing*, 21(12), 731–735. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.12.731>
- Reichembach Danski, M. T., Oliveira, G. L. R. de, Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). <b> Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro / Importance of evidence-based practice in nurse's work processes <b>. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i2.36304>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário da República*. Série II, n.º 26/2019, de 2019-02-06. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário da República*. Série II, n.º 133/2015, de 2018-07-12. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). The perspective of portuguese nurses on nursing metaparadigmatic concepts. *Texto e Contexto Enfermagem*, 27(2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Richter, L., Black, M., Britto, P., Daelmans, B., Desmond, C., Devercelli, A., Dua, T., Fink, G., Heymann, J., Lombardi, J., Lu, C., Naicker, S., & Vargas-Barón, E. (2019). Early childhood development: an imperative for action and measurement at scale. *BMJ Global Health*, 4(Suppl 4), e001302. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001302>
- Rocha, A. P. (2016). Vivências ... reflexão em ensino clínico. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 0(30), 119–122. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8439>
- Rossi, C. S., & Rodrigues, B. M. R. D. (2007). As implicações da hospitalização para a criança, sua família e equipe de enfermagem: um estudo exploratório descritivo. *Online Braz. j. Nurs.* (Online). <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.11110/282>

- Rothstein, J. D., Buckland, A. J., Gagnier, K., Ochoa, M., Allen-Valley, A., Jivapong, B., Cabrera, L. Z., Leontsini, E., & Fisher, K. R. (2021). Assessing the play and learning environments of children under two years in peri-urban Lima, Peru: a formative research study. *BMC Public Health*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10119-3>
- Russell, D., & Gleason, M. M. (2018). Starting Early: Promoting Emotional and Behavioral Well-Being in Infant and Toddler Well-Child Care. *Pediatric Annals*, *47*(8), e317–e322. <https://doi.org/10.3928/19382359-20180703-01>
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*, *11*, 59–62. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2064&id\\_revista=5&id\\_edicao=10](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10)
- Santos, J., Pearce, S. E., & Stroustrup, A. (2015). Impact of hospital-based environmental exposures on neurodevelopmental outcomes of preterm infants. In *Current Opinion in Pediatrics* (Vol. 27, Issue 2, pp. 254–260). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000190>
- Saviato, R. M., & Leão, E. R. (2016). Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. *Escola Anna Nery*, *20*(1). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>
- Sifuentes, T. R., Dessen, M. A., & de Oliveira, M. C. S. L. (2007). Human development: Challenges for the comprehension of the probabilistic trajectories. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *23*(4), 379–386. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722007000400003>
- Silva, M. T. M. da C. (2017). Método de trabalho de Enfermeiro Responsável - melhoria da qualidade. *Escola Superior De Enfermagem Do Porto*, *62*(5), 335+. <http://hdl.handle.net/10400.26/20881>
- Silva, L. F., Cabral, I. E., Faria da Silva, L., & Evangelista Cabral, I. (2015). Rescuing the pleasure of playing of child with cancer in a hospital setting. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *68*(3), 337–342. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680303i>
- Silva, R. M. M., Zilly, A., Nonose, E. R. D. S., Fonseca, L. M. M., & de Mello, D. F. (2020). Care opportunities for premature infants: Home visits and telephone support. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *28*, 1–8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3520.3308>
- Silva, S. M. F. M. (2017). *Eficiência operacional no serviço de urgência do Hospital de Cascais: caso pedagógico*. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/16274>

- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Sobrinho, A. B., Karinny, A., De Vasconcelos, A., Daniele, C., & Leite-Salgueiro, B. (2018). O Cuidado Integral como uma Missão da Enfermagem: Uma Revisão Integrativa da Literatura Integral Care as a Mission of Nursing: An Integrative Review of the Literature Artigo de Revisão. In *Id on Line Rev. Mult. Psic. V* (Vol. 12, Issue 1). <http://idonline.emnuvens.com.br/id>
- Souza, J. M. de, & Veríssimo, M. de la Ó. R. (2015). Child development: Analysis of a new concept. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1097–1104. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>
- Souza, M. de L. de, Sartor, V. V. de B., Padilha, M. I. C. de S., & Prado, M. L. do. (2005). O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(2), 266–270. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000200015>
- Sposito, A. M. P., de Montigny, F., Sparapani, V. de C., Lima, R. A. G. de, Silva-Rodrigues, F. M., Pfeifer, L. I., & Nascimento, L. C. (2016). Puppets as a strategy for communication with Brazilian children with cancer. *Nursing and Health Sciences*, 18(1), 30–37. <https://doi.org/10.1111/nhs.12222>
- Tacsi, Y. R. C., & Vendruscolo, D. M. S. (2004). A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 477–484. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692004000300005>
- Thorstensson, S., Blomgren, C., Sundler, A. J., & Larsson, M. (2018). To break the weight gain-A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(1–2), e251–e258. <https://doi.org/10.1111/jocn.13924>
- Thusini, S., & Mingay, J. (2019). Models of leadership and their implications for nursing practice. *British Journal of Nursing*, 28(6), 356–360. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.6.356>
- Tomlinson, M., Darmstadt, G. L., Yousafzai, A. K., Daelmans, B., Britto, P., Gordon, S. L., Tablante, E., & Dua, T. (2019). Global research priorities to accelerate programming to improve early childhood development in the sustainable development era: A CHNRI exercise. *Journal of Global Health*, 9(2), 1–12. <https://doi.org/10.7189/jogh.09.020703>
- Torquato, I. M. B., Collet, N., Forte, F. D. S., França, J. R. F. de S., Coutinho Silva, M. de

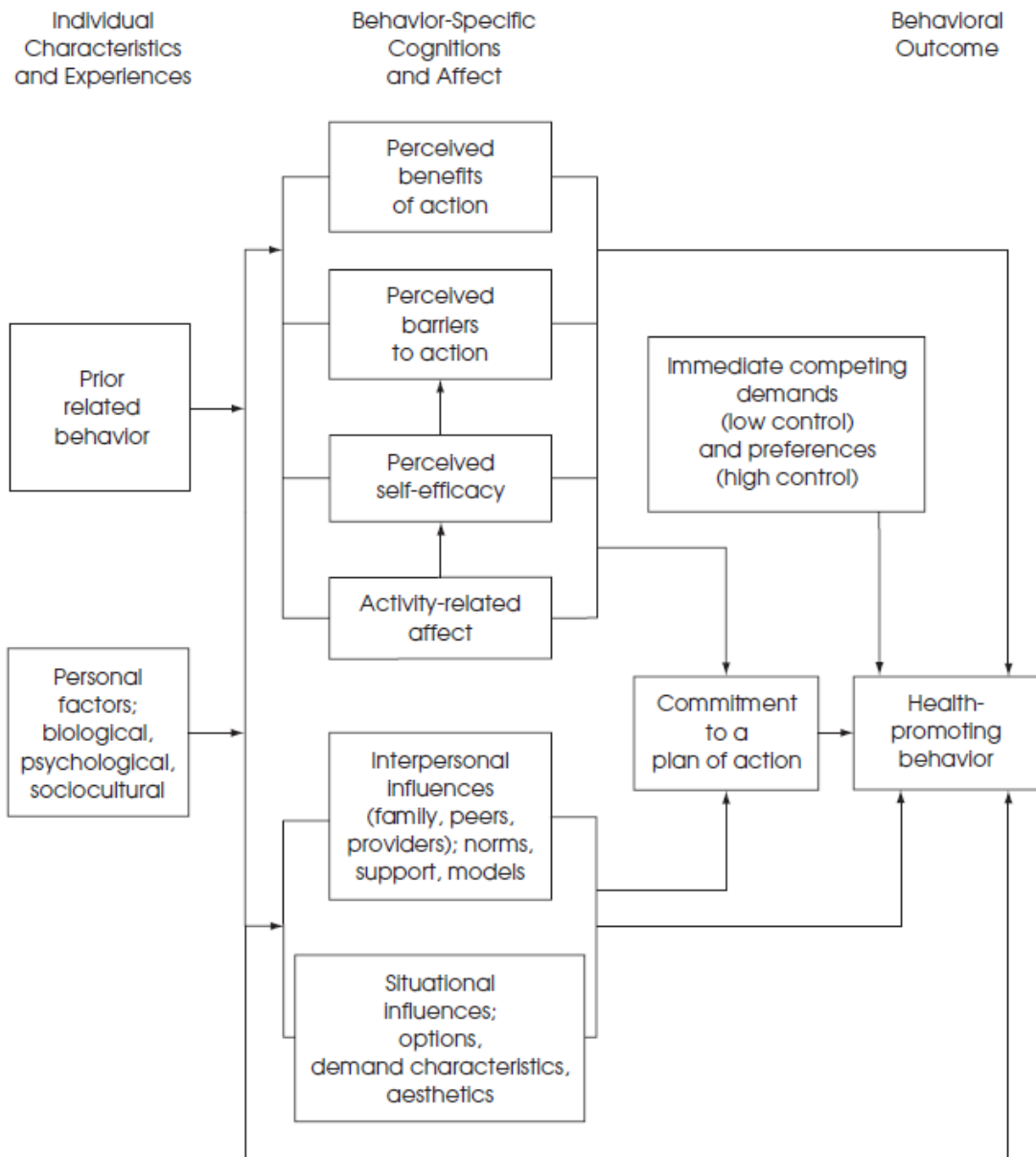
- F. de O., & Reichert, A. P. da S. (2019). Effectiveness of an intervention with mothers to stimulate children under two years. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3176.3216>
- Valladares, A. C. A., & Silva, M. T. da. (2011). A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 443–450. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472011000300002>
- Victor, J. F., Lopes, M. V. D. O., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*, 18(3), 240. <https://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>
- Waldow, V. R. (2015). Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(1), 13–25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc>
- Walker, S. P., Chang, S. M., Vera-Hernández, M., & Grantham-McGregor, S. (2011). Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior. *Pediatrics*, 127(5), 849–857. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2231>
- Watson, J., & Smith, M. C. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: A trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 452–461. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02112.x>
- Weyandt, L. L., Clarkin, C. M., Holding, E. Z., May, S. E., Marraccini, M. E., Gudmundsdottir, B. G., Shepard, E., & Thompson, L. (2020). Neuroplasticity in children and adolescents in response to treatment intervention: A systematic review of the literature. *Clinical and Translational Neuroscience*, 4(2), 2514183X2097423. <https://doi.org/10.1177/2514183x20974231>
- WHO. (2020, November 19). *Children: new threats to health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-new-threats-to-health>
- 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*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>
- Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (Vol. 33, Issue 3, pp. 540–555). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/scs.12670>
- Yue, S. T., Zhang, J., & Ma, D. H. (2019). Research advances in the effect of

environmental stress in the neonatal intensive care unit on the neurodevelopment of preterm infants and its epigenetics. In *Chinese Journal of Contemporary Pediatrics* (Vol. 21, Issue 11, pp. 1144–1147). Xiangya Hospital of CSU. <https://doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.2019.11.016>

Zanettini, A., Barros de Souza, J., Eloá Franceschi, V., Finger, D., Gomes, A., & Soster dos Santos, M. (2015). QUEM CANTA SEUS MALES ESPANTA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O USO DA MÚSICA COMO FERRAMENTA DE ATUAÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(4), 160–164. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=114320843&lang=pt-pt&site=ehost-live>

## **ANEXOS**

**Anexo I** - Diagrama do modelo de Promoção de Saúde (Pender et al., 2014).



**Anexo II** – Certificado de apresentação de poster com o tema “Intervenções promotoras do desenvolvimento infantil dos 0 aos 8 anos: scoping review” no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição on-line).

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem  
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:  
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

**CERTIFICADO**

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Filipa Assunção Neves, Prof. Doutora Elisabete Nunes, Prof. Doutora Margarida Lourenço, Prof. Doutora Silvia Caldeira e Prof. Doutora Zaida Charepe**, participaram no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online), no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 20 com o tema **"INTERVENÇÕES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL DOS 0 AOS 8 ANOS: SCOPING REVIEW"**

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Auxiliar



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal • Telefone 21 721 41 47 • E-mail: saude@ics.lisboa.ucp.pt

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem  
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:  
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

**PROGRAMA**

**9:00 –Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Moderador: Luis Miguel Francisco (Mestre em Enfermagem, SIP)

**Aina Rebolim** (Mestranda do 13º CME, SIP) - "Participação dos Avós nos Cuidados de Saúde"

**Margarida Carvalho** (Mestranda do 13º CME, SIP) - "Cinar e Reinventar o Futuro: Diferentes Abordagens, Novos Caminhos"

**Matilde Carvalho** (Mestre em Enfermagem, SIP) - "Promovera Esperança: Conquistas no Presente e Desafios para o Futuro"

**10:00 –CONFERÊNCIA INAUGURAL-"The role of ICN in enhancing the value of Nursing"**

Howard Catton (Chief Executive Officer International Council of Nurses, Suíça)

**10:30 –CONFERÊNCIA INTERNACIONAL-"Realidade da enfermeira especializada em Espanha"**

Maria Hinojal Benavente Cuesta (PhD, Universidade Pontificia de Salamanca, Espanha)

**11:00 –MESA DE ABERTURA**

**11:30 –Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

Moderador: Marisa Paço (Mestre em Enfermagem, EC)

**Filipa Oliveira** (Mestranda do 13º CME-EC) - "Intervenção da Saúde Pública em contexto de Pandemia por SARS-CoV-2"

**Laurina Gomes** (Mestranda do 13º CME-EC) - "Saúde Escolar em Tempo de Pandemia"

**Margarida Coelho** (Mestre em Enfermagem, EC) - "Adolescer com Saber – Promoção de uma Sexualidade Saudável"

**14:00 –CONFERÊNCIA INTERNACIONAL-"A Realidade dos Migrantes no Chile: o Presente e Projeção Futura"**

Maria Antonia Vollrath (PhD, Universidad Mayor, Chile)

**14:30 –Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Moderador: Ricardo Leite (Mestre em Enfermagem, MC)

**Cátia Lamprela** (Mestrando do 13º CME, MC) - "Enfermeiros Emocionalmente Inteligentes: Protagonistas no Presente, Inovadores no Futuro"

**António Borges** (Mestrando do 13º CME, MC) - "Prática Simulada: uma Estratégia Inovadora no Presente e Protagonista no Futuro"

**Sofia Correia** (Mestre em Enfermagem, MC) - "Desafios ao Dever de Informar: Protagonistas no Presente a Inovar o Futuro"

**15:30 –MOMENTO CULTURAL**

**16:00 –ENCERRAMENTO**



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal • Telefone 21 721 41 47 • E-mail: saude@ics.lisboa.ucp.pt

## **APÊNDICE**

**Apêndice I** – Intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil dos 0 aos 8 anos: *scoping review*.

# Intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil dos 0 aos 8 anos: *scoping review*

Filipa Assunção Neves<sup>1</sup>, Margarida Lourenço<sup>2</sup>, Sílvia Caldeira<sup>2</sup> e Zaida Charepe<sup>3</sup> Elisabete Nunes<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Estudante do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica. Enfermeira UCIN, CHLO, Hospital São Francisco Xavier. Lisboa. Portugal, [filipa.a.neves@gmail.com](mailto:filipa.a.neves@gmail.com)

<sup>2</sup> Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da saúde, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal

<sup>3</sup> Professora Associada, Instituto de Ciências da saúde, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal

## RESUMO

**Contexto:** A criança é um ser vulnerável que deve ser respeitado e proporcionado condições favoráveis de um desenvolvimento global o mais harmonioso possível. Deste modo é importante conhecer estratégias de intervenção para reduzir o impacto negativo das experiências adversas na primeira e potenciar experiências positivas.

**Objetivo:** mapear o conhecimento existente sobre as intervenções do enfermeiro promotoras do desenvolvimento infantil durante a primeira infância em contexto de cuidados de saúde.

**Método:** Foi elaborada uma *scoping review* segundo o método do *Joanna Briggs Institute*, nas bases de CINAHL via EBSCO e PubMed. Foram considerados estudos conforme os critérios de inclusão e exclusão de forma a relatar intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil (conceito) durante a primeira infância (população) nos cuidados de saúde (contexto). Os estudos foram selecionados através de diagramas de fluxo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-ScR)* e apresentados em um quadro.

**Resultados:** Foram encontrados 1778 artigos publicados entre setembro de 2008 a outubro de 2020, tendo-se incluído 30 na *scoping review*. Os principais resultados são: intervenções que promovem o desenvolvimento infantil em geral com ações a nível da promoção da saúde com a promoção de uma alimentação saudável, promoção da atividade física, vacinação, saúde oral e atuação na obesidade infantil realçando a importância de promover comportamentos parentais positivos. Estas intervenções podem ser desenvolvidas em consulta de enfermagem ou visita domiciliar, tendo esta última bastantes benefícios em crianças com mais vulnerabilidades. A promoção do

desenvolvimento físico, cognitivo, emocional, comportamental também apresenta intervenções de forma a proporcionar aprendizagens precoces tendo estas como base o brincar. O brincar foi uma intervenção muito evidenciada para a sua utilização durante a hospitalização devido aos seus benefícios.

**Conclusão:** A promoção do desenvolvimento infantil na primeira infância é essencial pois o desenvolvimento e crescimento terá um grande impacto na vida futura da criança e mais tarde do adulto. Com a realização desta *scoping review* conseguiu-se mapear o conhecimento científico procurando evidências relativas a várias intervenções em diversas áreas de atuação que o enfermeiro pode desenvolver nas várias valências da sua prática profissional de forma a promover o desenvolvimento da criança de forma harmoniosa.

**Palavras-chave:** desenvolvimento Infantil; primeira infância; criança hospitalizada; cuidados saúde primários;

## **ABSTRACT**

**Context:** The child is a vulnerable being who must be respected and have favorable conditions for a global development that is as harmonious as possible. Thus, it is important to know intervention strategies to reduce the negative impact of adverse experiences on the first ones and enhance positive experiences.

**Goal:** To map the existing knowledge about the interventions of nurses that promote child development during early childhood in the context of health care.

**Method:** A scoping review was prepared according to the *Joanna Briggs Institute* method, in the CINAHL databases via EBSCO and PubMed. Studies were considered according to the inclusion and exclusion criteria in order to report nursing interventions that promote child development (concept) during early childhood (population) in health care (context). The studies were selected through flow diagrams *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* and presented in a table.

**Results:** A total of 1778 articles published between September 2008 and October 2020 were found, with 30 being included in the scoping review. The main results are: interventions that promote child development in general with actions at the level of health promotion with the promotion of healthy eating, promotion of physical activity, vaccination, oral health and action on childhood obesity highlighting the importance of promoting parental behavior positive. These interventions can be developed in nursing consultations or home visits, the

latter having many benefits for children with more vulnerability. The promotion of physical, cognitive, emotional, and behavioral development also presents interventions in order to provide early learning based on playing. Playing was a very evident intervention for its use during hospitalization due to its benefits.

**Conclusion:** The promotion of early childhood development is essential as development and growth will have a major impact on the child's future life and later on in the adult. By carrying out this scope assessment, it was possible to map the knowledge looking for evidence related to various measures in different areas of activity that nurses can develop in the various aspects of professional practice in order to promote the child's development in a harmonious way.

**Keywords:** child development; early childhood; hospitalized child; primary health care.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é parte fundamental do desenvolvimento humano e é definido como uma progressão ordenada de habilidades (motoras, cognitivas e de linguagem e pessoais/sociais) com evolução progressiva de forma a atingir aquisições mais complexas nas funções da vida diária e que se formam pela interação do potencial genético e oportunidades ambientais, nos primeiros anos de vida (Black et al., 2015; Souza & Veríssimo, 2013).

Os primeiros anos de vida são um período de desenvolvimento exponencial do cérebro. O cérebro aumenta de tamanho quatro vezes durante a primeira infância atingindo 90% do volume do adulto aos 6 anos (Stiles & Jernigan, 2010). Mas mais importante que o número de neurónios são as sinapses que são formadas e nos primeiros anos é quando se verifica a taxa mais elevada de formação. O cérebro, entre os dois e os três anos de idade, tem um número de sinapses duas vezes superiores à idade adulta, tornando o cérebro especialmente sensível às informações externas (Stiles & Jernigan, 2010). Este rápido desenvolvimento cerebral é impulsionado por um padrão genético, mas é orientado pelas experiências da criança, pois é através dos sentidos que a atividade neural é estimulada (World Health Organization et al., 2018b).

Desta forma ter um ambiente ideal, desde a concepção até a primeira infância, sendo considerado pela organização mundial de saúde dos 0 aos 8 anos de idade, propicia o desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo e um ambiente adverso prejudica o desenvolvimento tanto a curto, mas principalmente a longo prazo (World Health Organization et al., 2018b). Por isso, as crianças precisam de cuidados para que

suas capacidades inatas floresçam. Isto significa proporcionar às crianças um ambiente seguro que seja sensível às suas necessidades nutricionais e de saúde, que as proteja do perigo e do abuso e lhes ofereça oportunidades de aprendizagem precoce e interações que sejam responsivas, emocionalmente sustentáveis e estimulem o seu desenvolvimento. Os cuidados promotores do desenvolvimento englobam componentes que se inter-relacionam: saúde, nutrição, proteção e segurança, cuidado responsivo e aprendizagem precoce (Britto, et al., 2017; World Health Organization et al., 2018a).

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem como foco de intervenção a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem com referência os cuidados antecipatórios às famílias de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Investir no desenvolvimento na primeira infância é o melhor modo do país aumentar a prosperidade, promover o crescimento económico inclusivo, expandir oportunidades equitativas e acabar com a pobreza (World Health Organization et al., 2018b). Existem evidências crescentes que quando se promove o desenvolvimento e crescimento saudável nos primeiros anos há uma melhoria da equidade em saúde, uma melhoria da aprendizagem e do desempenho académico, assim como uma redução dos níveis de criminalidade e violência. A longo prazo há uma melhoria significativa da saúde em adulto assim como da produtividade económica (Tomlinson et al., 2019).

Constatando que existem fatores de risco identificados na literatura que comprometem o desenvolvimento das crianças sendo estes fatores de risco biológicos (infeções, anemia, restrição de crescimento intra-uterino, nascimento prematuro), fatores de risco psicossociais (estimulação cognitiva inadequada, exposição à violência, disfunção doméstica) e fatores de risco sociodemográficos (pobreza) (Aboud e Yousafzai, 2016, Bradley e Corwyn, 2002, Brooks-Gunn e Duncan, 1997, Grantham-McGregor et al., 2007; McCormick, Litt, Smith, & Zupancic, 2011; Moster, Lie, & Markestad, 2008; Walker et al., 2011 citado por (McDonald et al., 2016)). Estes fatores associados a situação de doença e hospitalização gera uma desorganização na criança e sua família podendo afetar o seu desenvolvimento com maior ou menor magnitude dependendo da idade em que ocorrem (Rossi & Rodrigues, 2007). Para o lactente um dos efeitos nocivos da hospitalização é a privação da mãe, o que pode levar o lactente apresentar atraso no desenvolvimento, perda de peso, baixa resistência e infeções, perda de contato com o meio. Enquanto os pré-escolares a hospitalização causará sofrimento na medida em que existe a ameaça da separação, quebra dos rituais e dificuldade em manter as rotinas. As limitações físicas inerentes ao tratamento e o medo do desconhecido são motivos de angústia (Rossi & Rodrigues, 2007).

Considerando que a criança, não só pela sua condição humana, mas pelas características incontornáveis, é um ser vulnerável, deve-lhe ser consagrado o maior respeito e um dever de proporcionar-lhe condições favoráveis de um desenvolvimento global (Ordem Enfermeiros, 2010). Por isso é necessário efetuar a triagem das situações e definir estratégias de forma a criar um ambiente estável e sensível às necessidades das crianças, com proteção contra ameaças, oportunidades de aprendizagem precoce e interações que sejam responsivas, emocionalmente favoráveis e estimulantes para o seu desenvolvimento (Britto, Lye, Proulx, Yousafzai, Matthews, Vaivada, Perez-Escamilla, Rao, Ip, H Fernald, et al., 2017) de forma a fomentarem o seu desenvolvimento físico, cognitivo, linguístico e social e emocional (WHO, 2020). Estudos mostram que ao definir estas estratégias nos primeiros anos de vida pode-se impedir ou até reverter os efeitos prejudiciais do stress na vida precoce, com benefícios ao longo da vida (Center on the Developing Child, 2007) e práticas parentais positivas reduzem o risco de atrasos do desenvolvimento das crianças (Cprek et al., 2015).

Desse modo é importante conhecer intervenções de enfermagem para reduzir o impacto negativo das experiências adversas na infância (Cprek et al., 2020) e os profissionais de saúde devem zelar por potenciar experiência positivas e minimizar os impactos negativos. Após uma pesquisa preliminar na Joanna Briggs Institute (JBI), PubMed e CINHALL via EBSCO pude constatar que desde há muitos anos existe um grande investimento na produção de evidência científica relacionada com a promoção do desenvolvimento infantil. O “Guia orientador de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica” reúne esta informação, mas é do ano de 2008” (Ordem Enfermeiros, 2010) pelo que se torna necessário mapear o conhecimento relativamente às intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil durante a primeira infância nos cuidados de saúde. Desta forma os enfermeiros poderão continuar a ter uma ferramenta onde se concentram intervenções promotoras do desenvolvimento infantil que podem ser usadas tanto em meio hospitalar como nos cuidados de saúde primários.

Considerando a importância da promoção do desenvolvimento infantil, de forma a dar resposta ao objetivo de estudo optou-se pela realização de uma scoping review, segundo o método de *Joanna Brigs Institute for Scoping Reviews* (Peters et al., 2020). Uma vez que, este método permite avaliar a extensão, variedade e toda a natureza da literatura (estudos qualitativos, quantitativos, publicados ou não, literatura cinzenta), e não exclui estudos com base no desenho ou na qualidade da avaliação metodológicas (Grant & Booth, 2009; Peters et al., 2020).

A pergunta de revisão que se colocou, de acordo com a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), conforme orientação do *Manual Joanna Brigs Institute for*

*Scoping Reviews* (Peters et al., 2020): Quais as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil na primeira infância nos cuidados de saúde?

#### **OBJETIVO:**

Mapear o conhecimento existente sobre as intervenções que o enfermeiro pode desenvolver de forma a promover o desenvolvimento infantil durante a primeira infância em contexto de cuidados de saúde.

#### **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:**

No que respeita aos critérios de inclusão foram elaborados de acordo com a estratégia PCC. Foram incluídos todos os estudos com crianças na primeira infância, que segundo a organização mundial de saúde é considerado dos 0 aos 8 anos de idade (World Health Organization et al., 2018b) e/ou pais de crianças na primeira infância (população), que abordassem intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil, considerando que a promoção do desenvolvimento infantil é considerada a através da promoção de saúde, da alimentação, da estimulação precoce, da proteção e segurança e do cuidado responsivo (conceito). Excluindo os artigos referentes a crianças com perturbações do desenvolvimento diagnosticadas, que segundo DSM IV é considerado a deficiência Mental, as perturbações do espectro do autismo, as perturbações específicas da linguagem, a perturbação cognitiva não-verbal, as perturbações específicas da aprendizagem (Dislexia, Disgrafia/Disortografia e Discalculia), a perturbação do desenvolvimento da coordenação motora, a perturbação de hiperatividade com défice de atenção, a perturbação de oposição e a perturbação de conduta (Matos, 2009).

Foram considerados todos os potenciais contextos de intervenção do enfermeiro – hospitalar, ambulatório e comunitário (contexto).

Quanto às fontes de dados foram incluídos estudos que abordassem intervenções do enfermeiro com o objetivo de promoção do desenvolvimento da criança, podendo o tipo de estudo ser primário qualitativo e quantitativo, incluindo revisões da literatura, no sentido de complementar o acesso à evidência existente; com resumo e texto integral disponíveis nos idiomas português e inglês, por serem os idiomas dominados pela equipa de investigação, entre setembro de 2008 e outubro de 2020, tendo sido utilizado com referência o “Guia orientador de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica” (Ordem Enfermeiros, 2010), de modo a fornecer um mapeamento das evidências disponíveis como um exercício preliminar antes da realização de uma revisão sistemática (Peters et al., 2020).

## **MÉTODO:**

A estratégia de pesquisa foi feita em três etapas, de acordo com o preconizado pelo Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020). A primeira etapa consistiu na realização de uma pesquisa inicial sobre o tema nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, para identificar as palavras-chave. Seguiu-se a pesquisa usando todos os termos MeSH e descritores nas bases de dados CINAHL via EBSCO e PubMed. Para a CINAHL via EBSCO será usada a estratégia: (child development OR early childhood intervention OR development care) AND (child, preschool OR infant, newborn OR infant OR child) AND (interventions OR strategies OR best practices OR program) AND (child hospitaliz\* OR hospitaliz\* OR primary health care). Na base de dados PubMed a estratégia de pesquisa é a seguinte: [((Childhood Development[Other Term]) OR (child development[MeSH Terms]))] AND [(early childhood intervention[Other Term]) OR (development care[Other Term]) OR (best practices[Other Term] ) OR (program[Other Term]) OR (child, hospitalized[MeSH Terms]) OR (primary health care[MeSH Terms])].

A terceira etapa consistiu na análise das referências bibliográficas dos artigos identificados para localizar estudos adicionais com intuito de complementar esta análise.

Posteriormente, foram consultadas as referências bibliográficas dos documentos selecionados, no sentido de averiguar se existiam mais estudos que fossem importantes de analisar.

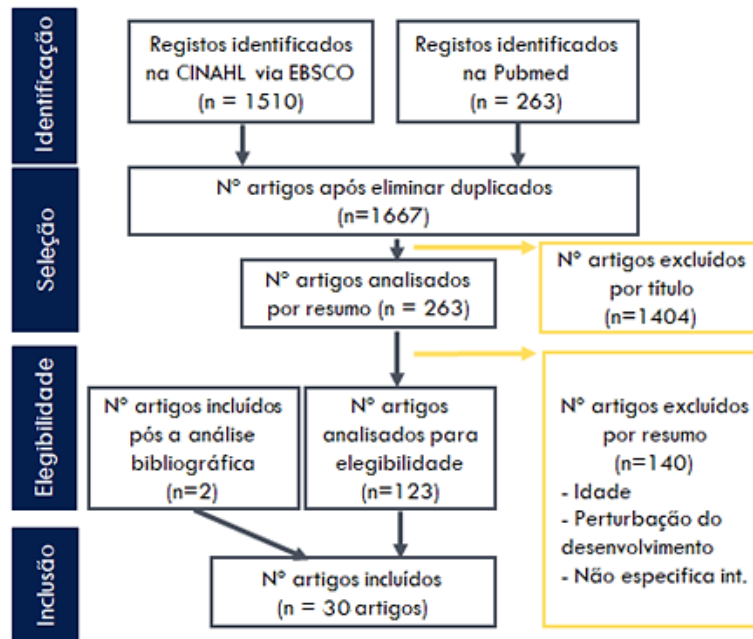
Após a identificação dos estudos iniciou-se o processo de seleção dos artigos, começando por eliminar os artigos duplicados. Os restantes foram analisados inicialmente pelo título, a seguir pela leitura do resumo e por último pela leitura integral do artigo para verificar se respondiam à questão da pesquisa. A análise dos artigos foi realizada por dois investigadores independentes, que selecionaram os artigos a ser considerados para revisão tendo por base os critérios de inclusão e exclusão.

## **RESULTADOS**

O processo de pesquisa e seleção da evidência encontra-se sintetizado no *diagram flow* para scoping reviews PRISMA-ScR (Figure 1).

A pesquisa identificou 1778 estudos potencialmente relevantes e após a remoção dos artigos duplicados obteve-se 1667 artigos, para a seleção inicial através da leitura do título. Desta primeira análise foram selecionados 263 e excluídos 1404 artigos. Posteriormente eliminaram-se 140 artigos após a leitura do resumo do artigo, ficando com 123 artigos para leitura integral do artigo e após a consulta das referências bibliográficas dos artigos finais incluiu-se mais 2 artigos tendo ficado um total de 30 artigos para analisar e incluir na revisão.

A significativa discrepância entre o número de artigos identificados na pesquisa inicial e os incluídos no estudo deve-se ao facto da maioria dos artigos abordarem o tema de promoção do desenvolvimento infantil, mas não evidenciarem a intervenção do enfermeiro e abordarem a promoção da saúde sem referir a promoção do desenvolvimento infantil ou abordarem a promoção do desenvolvimento infantil em contexto de alguma patologia do desenvolvimento.



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

Posteriormente, os resultados referentes aos 30 artigos incluídos nesta revisão foram apresentados no quadro 1, no qual se identificam algumas características dos estudos, como o título, o ano, o objetivo, a intervenção evidenciada no estudo e as principais conclusões ou recomendações.

TÍTULO, AUTOR E ANO	OBJETIVO	INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS CONCLUSÕES/ RECOMENDAÇÃO
Educação em saúde: repercussões no crescimento e desenvolvimento neuro-psicomotor do recém-nascido (Marcacine et al., 2012)	Avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre educação em saúde por parte da equipe de enfermagem a puérpera e familiares sobre cuidados com o recém-nascido.	As puérperas devem receber orientações e esclarecimentos em relação aos cuidados com o bebê, abordando as temáticas: nutrição; imunização; uso de terapêutica; crescimento e desenvolvimento; prevenção de acidentes. A valorização de brincadeiras, musicalidades e sonoridades deve ser introduzindo na prática de enfermagem e incentivado no cotidiano do cuidado familiar, uma vez que demonstra ter uma grande importância na promoção do vínculo entre mães-filhos, proporcionando maior segurança na experiência da maternidade.	A revisão integrativa da literatura evidenciou a necessidade de incentivo da participação do núcleo familiar na construção do cuidado à criança uma vez que potencia o sucesso dos resultados das ações em saúde.
Improving early childhood development - WHO guideline (WHO, 2020)	Definir um conjunto de intervenções com o objetivo de melhorar o desenvolvimento e a saúde infantil.	Um conjunto de diretrizes que visam melhorar o desenvolvimento e saúde infantil, dos 0-3 anos de idade na área da nutrição, segurança e proteção, saúde, aprendizagem precoce e cuidado responsivo com base numa revisão de literatura.	Quando colocadas em prática as medidas definidas neste documento levam a um incremento significativo dos tópicos relacionados com o desenvolvimento e saúde infantil que foram definidos no seu programa de intervenção.
Art therapy and the promotion of child development in a hospitalization context. (Ana Cláudia A Valladares & Silva, 2011)	Este estudo teve como objetivos avaliar e comparar o desenvolvimento de crianças hospitalizadas, antes e após intervenções de Arteterapia. Os objetivos das sessões de Arteterapia foram: permitir a exteriorização de sentimentos, de tensões e angústias; trabalhar com a reorganização do meio interno da criança; reconquistar a própria autonomia perdida; diminuir a dor e o desconforto físico e ainda estimular sua imaginação e criatividade.	As intervenções de Arteterapia adotadas consistiram no acompanhamento individual durante cinco dias consecutivos, com duração variada de uma a três horas e meia, o que totalizou sete sessões, sem contar a pré e pós-intervenção de Arteterapia. As intervenções consistiram de técnicas lúdicas e de atividades artísticas, com condução espontânea das dinâmicas, facilitando, assim, a exteriorização da subjetividade da criança. As outras modalidades terapêuticas trabalhadas foram: brinquedos, jogos e histórias.	Em termos de resultados obtidos: - Desenvolvimento físico: desenvolvimento motor fino melhorou, fator evidenciado pela produção gráfica. A criança tornou-se mais rápida, mais dinâmica, orientada e cuidadosa com seus trabalhos; - Desenvolvimento de relacionamento: a criança apresentou progresso no relacionamento e aprofundamento no vínculo; melhorou o contato visual; expressou sutilmente afeto, pois mostrava-se mais sorridente e maior interesse pelo trabalho. - Desenvolvimento emocional: melhorou o desenvolvimento relacional. Após as sessões estavam com menos medo e ansiedade do que na avaliação inicial. - Expressão artística: a criança conseguiu ampliar e aprofundar o tema proposto (enriqueceu os seus trabalhos com mais criatividade, riqueza de detalhes, movimentos, variedade de elementos, cores, equilíbrio, exatidão e profundidade das imagens).
Clinical practice breastfeeding recommendations for primary care are applying a tri-core breastfeeding conceptual model (Busch et al., 2014)	Esta intervenção visa propor um conjunto de diretrizes, aplicando o modelo de abordagem <i>Tri-Core</i> , para promover a amamentação no período pós-parto.	O Modelo <i>Tri-Core</i> fornece uma estrutura que integra conhecimentos, habilidades e atitudes sobre amamentação com base na evidência científica. Enfatizando os três princípios cruciais da promoção e sustentabilidade da amamentação para a díade mãe-bebê: (a) autoeficácia materna, (b) apoio à lactação e (c) educação em lactação. Recomendações de estratégias de autoeficácia; suporte à lactação com as principais estratégias de apoio e educação.	O resultado deste programa é um conjunto de práticas baseadas na evidência com o objetivo de estabelecer, manter e aumentar a amamentação na medida que esta trás benefícios para a criança a curto e longo prazo a nível da saúde e crescimento saudável.

<p>Can nurses be key players in assessing early motor development using a structured method in the child health setting (Johansen et al., 2015)</p>	<p>Examinar se os enfermeiros poderiam aplicar modelo de avaliação estruturada do desenvolvimento motor precoce para permitir identificação de crianças em risco.</p>	<p>Métodos de observação estruturada do desempenho motor em bebês (SOMP-I) que avalia o nível e a qualidade de desempenho motor. São usadas subescalas que no final dão uma pontuação total, que será traçada dentro da distribuição de percentil SOMP-I na idade da criança.</p>	<p>Apesar da breve experiência com SOMP-I, o acordo foi excelente quando avaliando o nível de desenvolvimento motor, mas foi menos satisfatório para a avaliação da qualidade do desempenho motor. A utilização de uma avaliação padronizada que avalia o nível e a qualidade do desenvolvimento motor permite mais rapidamente identificar défices motores.</p>
<p>Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura (Góes et al., 2018)</p>	<p>Puericultura uma ferramenta essencial para promoção de saúde.</p>	<p>Consulta de enfermagem deve de abordar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança de acordo com a sua idade;</li> <li>- Compreender as necessidades criança e família</li> <li>- Orientar os cuidados gerais e específicos da criança para a promoção de saúde;</li> <li>- Prática educativa na puericultura precisa ser balizada por vínculo, confiança e comunicação efetiva entre o enfermeiro e a família;</li> <li>- Promover um cuidado que ultrapasse o âmbito biológico, envolvendo-se na tríade biopsicossocial, aliando o saber científico ao saber popular com a devida valorização da cultura de cada criança e sua família;</li> <li>- Basear a prática na evidencia científica;</li> <li>- Visita domiciliar: possibilita conhecer as condições de vida e saúde das crianças e suas famílias permitindo ir de encontro as suas necessidades no processo de cuidar, adequando as orientações à realidade das famílias;</li> </ul>	<p>Por meio de um amplo conhecimento na área e a adoção de boas práticas, o enfermeiro pode realizar na consulta de enfermagem ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, o que repercutirá diretamente na melhoria da qualidade de vida das crianças e, conseqüentemente, um desenvolvimento saudável e harmonioso, bem como a diminuição da morbidades e mortalidade infantil.</p>
<p>The developmental landscape of early parent-focused language Intervention (Adamson et al., 2020)</p>	<p>Esta intervenção enfatiza a importância de infundir uma perspectiva de desenvolvimento no design, implementação e avaliação de intervenções de linguagem focadas nos pais para promover a linguagem de crianças pequenas, com sucesso.</p>	<p>Este programa centrou-se em estudar oito premissas importantes para promover a linguagem de crianças pequenas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 Premissas: abordam o desenv. da linguagem;</li> <li>- 2 premissas destacam o papel essencial do ambiente envolvente</li> <li>- 3 premissas: focam a sua atenção na criança e nos pais como unidade essencial e facilitador do desenv. da aquisição da linguagem.</li> </ul>	<p>O resultado deste programa invoca claramente a importância destas 8 premissas como uma ajuda bastante útil como objetivo de promover a linguagem de crianças pequenas, com sucesso.</p>
<p>Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries (Plutzer &amp; Spencer, 2008)</p>	<p>Este estudo visa comprovar se fornecendo material didático sobre saúde oral às mães das crianças com idades compreendidas entre os 1 e 3 anos poderá melhorar a saúde oral.</p>	<p>Os grupos de teste receberam diversas rondas de informação acerca da higiene oral. O objetivo é educar e cultivar a prática de uma saúde oral constante e sempre presente. Na medida que a carie constitui um distúrbio que reduz a qualidade de vida da criança afetando o seu desenvolvimento posterior.</p>	<p>O estudo provou que fornecer informação sobre saúde oral a "mães de primeira vez" consegue de facto fazer diminuir o aparecimento de cáries, tornando-se imprescindível eliminar os distúrbios passíveis de prevenção, como é a carie dentária.</p>

<p>Effectiveness of an intervention with mothers to stimulate children under two years. (Torquato et al., 2019)</p>	<p>Analisar a efetividade de uma intervenção educativa com mães para a estimulação de crianças menores de dois anos em situação de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor</p>	<p>Intervenção consiste na dinâmica de apresentação e metodologias ativas. Durante as intervenções educativas foram discutidos com as mães, através de exposição dialogada, utilização de <i>banners</i> ilustrativos, aspectos gerais sobre o desenvolvimento infantil e sobre fatores de riscos, os principais marcos do desenvolvimento e as estimulações e dada a oportunidade de as mães praticarem com bonecos e utilizarem diversos materiais como: colchões, bolas, toalhas, tapetes estimulação, brinquedos, dentre outros, a fim de estimularem tarefas práticas de perseguição visual, atividades de estimulação do controle de tronco e diferentes trocas de posturas. Também construíram materiais para a estimulação de seus filhos, relataram suas próprias histórias, experiências, desafios, formas de resolução dos problemas, o saber popular sobre o assunto, suas dúvidas, inquietações e deram sugestões para que o conhecimento pudesse ser construído de forma conjunta entre o educando (mães) e o educador (pesquisadores)</p>	<p>1. Avaliação do desenvolvimento infantil 2. Aplicado instrumento de colheita de dados de forma a avaliar as características sociodemográficas e biológicas das mães e das crianças e o conhecimento materno sobre o desenvolvimento e a estimulação infantil; 3. Realizada <i>workshop</i> sobre o tema A intervenção fortalece as habilidades maternas uma vez que aumenta o conhecimento materno relativo ao desenvolvimento e às práticas de estimulação precoce.</p>
<p>Effects of Pediatric Anticipatory Guidance on Mothers of Young Children (H.-C. Hsu et al., 2018)</p>	<p>Esta intervenção visa mostrar que o acompanhamento e aconselhamento das mães desde muito cedo tem impactos positivos no desenv. infantil, em especial nos grupos risco</p>	<p>A puericultura é a base para profissionais saúde nos cuidados saúde primários promoverem atendimento de qualidade adorando os temas crescimento e nutrição (por exemplo, amamentação), padrões/problemas de sono (por exemplo, rotinas de acordar e dormir), prevenção de lesões (por exemplo, prevenção de queimaduras e uso de cadeira auto, funcionamento diário (por exemplo, treinar controlo de esfíncter, vestir), desenvolvimento de comunicação e linguagem (por exemplo, desenvolvimento de vocabulário e valor da leitura), disciplina. Promovendo a vacinação.</p>	<p>Como resultado desta intervenção foi demonstrado que o acompanhamento e aconselhamento das mães desde muito cedo provoca uma diminuição de stress, aumento de sensação de segurança e proteção e um aumento das práticas parentais.</p>
<p>Humanização hospitalar na pediatria - projeto enfermeiros da alegria (Dal’Bosco et al., 2019)</p>	<p>Mostrar como a humanização hospitalar na Pediatria através de práticas lúdicas pode ser importante para o desenvolvimento da criança</p>	<p>Estudo descritivo das atividades lúdicas em contar histórias, com encenação e participação das crianças, tornando o momento de maior liberdade por parte delas; jogos educativos como quebra-cabeças, dominós, xadrez, que exigiam maior concentração na atividade e faziam com que as crianças até se esquecessem de que estavam internadas; jogos de rodas, como a dança das cadeiras, com músicas infantis para permitir maior movimento e expressividade.</p>	<p>O brincar permitiu às crianças desenvolver comportamentos cognitivos e verbalizar sentimentos, criatividade e descobrir-se a si mesma. Durante as atividades lúdicas as crianças e os acompanhantes puderam expressar sentimentos e manifestar os acontecimentos desagradáveis que ocorrem durante o internamento e proporcionaram maior interação entre os profissionais, as crianças e os acompanhantes, promovendo, assim, uma relação de empatia, num ambiente mais acolhedor e descontraído para as crianças.</p>
<p>Let’s Connect - A developmentally driven emotion-focused parenting intervention (Shaffer et al., 2019)</p>	<p>O objetivo principal deste programa é apresentar o projeto Let’s Connect focado na intervenção parental para aumentar a socialização de emoções, baseando na teoria do desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevistas estruturadas entre profissional (entrevistador), criança e família;</li> <li>- Realizar observações da linguagem emocional e dinâmica familiar;</li> <li>- Permitir a verbalização de emoções que estavam a sentir e conversar sobre elas;</li> <li>- Analisar os dados recolhidos;</li> </ul>	<p>Resultados do estudo demonstraram aumentos significativos na comunicação emocional (por exemplo, ouvir, rotular sentimentos, apoio emocional), bem como reduções significativas em práticas de comunicação de emoções sem suporte (por exemplo, respostas invalidantes ou críticas), com ganhos mantidos ao longo de um período de 3 meses</p>

Let's play! An observational study of primary care physical therapy with preterm infants aged 3-14 months (Håkstad et al., 2017)	Realização de um estudo acerca do impacto que a brincadeira sensório-motora tem na atenção e motivação dos bebês, nas competências sociais e motoras e na sua aprendizagem e desenvolvimento	Foram realizadas várias sessões de "brincadeiras" com as crianças e o seu comportamento foi observado e anotado. No final elaborou-se um estudo comparativo onde se podia visualizar a evolução das capacidades do bebé ao longo do tempo.	Este estudo demonstra que a brincadeira sensório-motora está inequivocamente ligada à atenção e motivação dos bebês, competências motoras e sociais, aprendizagem e desenvolvimento. Os profissionais devem estar atentos a essas relações e desenvolver a sua abordagem terapêutica nesse sentido.
Using Finger Puppets in the Primary Care Setting to Support Caregivers Talking with Their Infants - A Feasibility Pilot Study. (Domek et al., 2020)	O objetivo desta intervenção é provar que a utilização de fantoches de dedo para promoção do desenvolvimento infantil.	Foram fornecidos fantoches de dedos aos cuidadores, bem como uma lista de atividades padrão para que pudessem utilizá-los junto das crianças aquando das suas visitas. Esta intervenção benéfica fornece uma maneira de baixo custo para promover interações ricas em linguagem.	Este estudo piloto foi conduzido numa população de baixos rendimentos e com crianças em risco de atraso no desenvolvimento.
The use of games in health education in order to prevent iron deficiency in infancy (Câmara et al., 2011)	O objetivo desta intervenção é descrever a importância do brincar durante as ações de enfermagem, como forma de prevenção da anemia ferropénica	O principal resultado desta análise foi que cabe ao profissional, como educador em saúde, utilizar dinâmicas que favoreçam brincadeira durante os cuidados de enfermagem.	A brincadeira é uma forma de prevenção bastante válida por ser fundamental para o desenvolvimento infantil, já que é a união aprendizagem com ser feliz
Quem canta seus males espanta - um relato de experiência sobre o uso da música como ferramenta de atuação na promoção da saúde da criança (Zanettini et al., 2015)	Promover a saúde infantil a partir da utilização da música, em busca de uma vida saudável, diminuindo o tempo ocioso, bem como aprendizagem mútua, cultural e lazer através do canto coral	Foi criado um coro com cerca de 40 elementos projeto "Promovendo a saúde da criança através da música e ações educativas".  Foram criadas sessões de ensaio. As sessões tinham um cariz diário. Ao fim de um mês o coro começou a fazer apresentações regulares.	Entre as várias possibilidades de trabalho musical, pode-se citar o canto coral como um veículo de disseminação dos benefícios atribuídos à música como: socialização, desembaraço, trabalho em equipe, ajuda na organização e sincronia no trabalho, no divertimento, comunicação, concentração (autodisciplina) e autoconfiança.
An Extended Home Visit Programme Within the Swedish Child Healthcare System for First-Time Parents in Scania, Sweden: A Study Protocol (Mangrio et al., 2021)	O objetivo do programa de visita domiciliar ampliada era fornecer apoio aos pais de primeira viagem, a fim de melhorar a saúde geral da criança e da família e contribuir para melhores condições de igualdade de saúde.	Em vez de duas visitas domiciliares durante o primeiro ano, uma subamostra de pais de primeira vez receberia seis visitas durante os primeiros 15 meses da criança. Essas seis visitas seriam realizadas por enfermeiras, assistentes sociais, parteiras e dentista.	As visitas domiciliares são uma ferramenta eficaz para melhorar a saúde física e mental da criança, bem como o bem-estar dos pais. No entanto, este tipo de intervenção envolve um investimento significativo de todas as organizações envolvidas nas visitas domiciliares; portanto, é importante que a intervenção seja avaliada.
Lúdico no cuidado à criança e ao adolescente com cancro: perspectivas da equipe de enfermagem (Marques et al., 2016)	Conhecer a importância da utilização do cuidado lúdico no cuidado à criança e ao adolescente com cancro ao longo da hospitalização na perspectiva da equipe de enfermagem	Lúdico como estratégia para o cuidado de enfermagem -O cuidar brincando pode ser vivenciado nas diferentes áreas de atuação da enfermagem pediátrica, explorando a criatividade dos profissionais	Promove: cuidado menos traumático; melhora a resposta ao tratamento; gera vínculo entre criança/adolescente, família e profissional; diminui o medo que a criança/jovem possui dos profissionais; envolve a família; torna o ambiente de trabalho mais agradável; valoriza o processo de desenvolvimento da criança/jovem com cancro e do seu bem-estar, com ênfase na humanização dos cuidados.

<p>The implementation of a home visits program focused on parenting an experience report. (Fracolli et al., 2018)</p>	<p>Demonstrar que as visitas regulares domiciliárias às mães jovens produzem mais valias no desenvolvimento infantil, com especial foco no desenvolvimento das relações mãe-filho</p>	<p>As temáticas abordadas na visita domiciliar foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado em Saúde: apoiar e estimular as ações maternas destinadas a manter e melhorar sua saúde e a saúde infantil.</li> <li>- Saúde Ambiental: auxiliar a mãe a identificar, compreender e utilizar os recursos sociais que podem ajudá-la no cuidado da criança.</li> <li>- Projeto de Vida: auxiliar a adolescente a identificar objetivos relevantes para a sua vida.</li> <li>- Desenvolvimento da Parentalidade: ajudar a adolescente e o pai do bebê a desenvolver os conhecimentos e habilidades para apoiar com confiança a saúde e o desenvolvimento da criança.</li> <li>- Saúde e Serviço Social: assegurar o acesso da adolescente aos serviços e recursos garantido pelas políticas públicas do país para atender às suas necessidades e às de seu filho.</li> </ul>	<p>O programa passou por efetuar dezenas de visitas regulares a mães jovens com o intuito de ministrar o devido apoio, quer técnico, quer emocional, por forma a dotar as mães de uma maior confiança e método, com grande impacto no desenvolvimento da criança.</p>
<p>O uso do brinquedo durante a hospitalização infantil - saberes e práticas da equipe de enfermagem (Malaquias et al., 2014)</p>	<p>O objetivo deste estudo é validar que o brinquedo é útil durante a hospitalização infantil</p>	<p>Esta intervenção foi uma pesquisa de campo descritiva com abordagem qualitativa com o objetivo compreender as percepções da equipe de enfermagem quanto ao uso Brinquedo Terapêutico</p>	<p>Os profissionais consideram o uso do brinquedo terapêutico importante e benéfico ao desenvolvimento do cuidado infantil, porém nem todos o inserem em sua prática cotidiana.</p>
<p>A intervenção com a Newborn Behavioral Observations (NBO) no recém-nascido, lactente e sua família - a scoping review (CARVALHO MARTINS et al., 2018)</p>	<p>O objetivo desta scoping review é examinar e mapear o conhecimento existente sobre a utilização das Observações Comportamentais do Recém-Nascido</p>	<p>Implicações para a prática: O NBO é uma ferramenta focada no bebê, centrada na família e baseada no relacionamento, projetada para sensibilizar os pais para as competências e individualidade de seus bebês, a fim de promover interações entre pais-bebês positivas.</p>	<p>O NBO é um recurso para observação do comportamento do bebê e permite aos pais informações individualizadas sobre o comportamento do bebê, para que eles possam avaliar as competências e vulnerabilidades únicas de seu bebê e, assim, compreender e responder ao bebê de uma forma que atenda às suas necessidades de desenvolvimento.</p>
<p>To break the weight gain-A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school (Thorsten et al., 2018)</p>	<p>O objetivo deste programa é perceber qual o impacto que as "school nurses" podem ter no desenvolvimento e na qualidade de vida das crianças através do fornecimento de ajuda na luta contra o excesso de peso.</p>	<p>As enfermeiras pertencem ao corpo docente da escola e promovem programas com diversas sessões de "conversa" entre as enfermeiras, as crianças e os pais das crianças. Estas sessões envolviam discursos motivacionais e definir planos de atividades para levar as crianças a atingir os objetivos de perda de peso, com claro benefício para a sua saúde. A comunicação sobre o excesso de peso é um tópico com grande carga emocional.</p>	<p>Este estudo conclui que ter conversas sobre excesso de peso com crianças para "school nurses" é algo complicado. É necessário identificar as crianças com sobrepeso, apoiar o seu bem-estar na escola; cooperar com os pais, envolver-se em conversas motivacionais com a criança e os pais, promover a autoconfiança e prevenir o aumento de peso e trabalhar passo a passo.</p>
<p>Care opportunities for premature infants: home visits and telephone support (R. M. M. da Silva et al., 2020)</p>	<p>Analisar orientações para promoção do cuidado ao bebê prematuro durante as visitas domiciliares e suporte telefônico.</p>	<p>Necessidades de contato e orientações: o local das visitas domiciliares e as oportunidades de esclarecimento de dúvidas por meio de atendimento telefônico, indicando aspetos que sugerem fragilização da saúde infantil, descontinuidade no seguimento e vulnerabilidade no acompanhamento especializado.</p>	<p>A visita domiciliar e o suporte telefônico surgem como práticas colaborativas de cuidado e deteção de condições latentes, que podem ser reduzidas ou interrompidas, sugeridas estratégias oportunas para aumentar o acompanhamento, a vinculação e o acesso aos serviços de saúde</p>

<p>Primary Care Interventions for Early Childhood Development - A Systematic Review (Peacock-Chambers et al., 2017)</p>	<p>Os objetivos desta intervenção são resumir as evidências publicadas recentemente sobre o impacto dos cuidados de saúde primários e intervenções baseadas em cuidados sobre comportamentos parentais e resultados de desenvolvimento infantil e para fornecer recomendações para a incorporação de intervenções eficazes em clínicas pediátricas</p>	<p>Intervenções gerais de desenv. incluíram a interação Projeto Vídeo que inclui reuniões adicionais com profiss. e inclui uma filmagem com os pais e a criança durante uma interação lúdica, seguida de revisão e treino da interação com o especialista; "Passos Saudáveis" um programa de visitas de puericultura e visitas domiciliares ao longo de 2,5 anos; Cuidados para o Desenvolvimento. (OMS e pelo Fundo das Nações Unidas) - Care for Child Development) fornece um cartão com fotos e guias para os médicos compartilharem com os pais para discutir a importância de brincadeiras adequadas ao desenvolvimento., brinquedos caseiros, comunicação e leitura; as intervenções de tópicos específicos: Cólicas; intervenções para promover a leitura em voz alta.</p>	<p>As intervenções incluídas foram categorizadas como suporte de desenvolvimento geral, desenvolvimento comportamental geral ou intervenções de tópicos específicos. As intervenções usaram uma variedade de estratégias de mudança de comportamento baseadas na teoria, como modelagem, discussão em grupo, dramatização, dever de casa, coaching e interações gravadas em vídeo. Três intervenções relatam o custo da intervenção</p>
<p>Promoting healthy weight for all young children - a mixed methods study of child and family health nurses' perceptions of barriers and how to overcome them (Cheng et al., 2020)</p>	<p>O objetivo desta intervenção é provar que o aconselhamento e a sensibilização em estágios iniciais da infância podem influenciar positivamente a diminuição da obesidade e promover uma boa alimentação.</p>	<p>Enfermeiras frequentemente aconselham os pais sobre a amamentação, introdução de alimentos sólidos e técnicas para acalmar as crianças. Eles passaram menos tempo aconselhando sobre práticas de alimentação ou encorajando atividades físicas. A sua abordagem deve incidir nas práticas saudáveis de alimentação infantil, brincadeiras ativas e limitação do comportamento sedentário durante as consultas de rotina;</p>	<p>Os enfermeiros identificaram várias barreiras para promoção de ganho de peso saudável nas crianças pequenas, de entre os quais se destacam: reconhecimento dos pais limitado sobre o excesso de peso em seus filhos ou motivação para mudar dieta ou estilo de vida, fatores socioeconômicos (como custo de alimentação saudável), crenças e atitudes sobre o peso da criança e a importância da atividade física e da amamentação. Enfermeiros requerem mais educação e apoio para a promoção do crescimento e desenvolvimento com técnicas de mudança de comportamentos.</p>
<p>Puppets as a strategy for communication with Brazilian children with cancer (Sposito et al., 2016)</p>	<p>Apresenta a experiência do uso de fantoches como estratégia lúdica para melhorar a interação e comunicação com crianças com câncer hospitalizadas, de sete a 12 anos.</p>	<p>Este programa consiste em interagir com as crianças utilizando fantoches. O uso dos bonecos, de forma criativa e de acordo com as funções motoras, cognitivas e o desenvolvimento emocional, mostrou benefícios, como permitir que os filhos se expressassem livremente; respeitando sua autonomia; e minimizar a relação hierárquica adulto-criança. O uso de fantoches é uma estratégia adequada para se comunicar com crianças hospitalizadas pois possibilitam que as crianças se expressem e favorece a comunicação.</p>	<p>O uso de fantoches como estratégia é divertido e respeita a autonomia das crianças. Esta ferramenta também pode enriquecer a prática clínica, pois incentiva a criança com cancro a relatar sua experiência de estar doente e também auxilia a equipe de saúde durante a avaliação e intervenção</p>
<p>Rescuing the pleasure of playing of child with cancer in a hospital setting (L. F. da Silva et al., 2015)</p>	<p>O objetivo desta intervenção é dimensionar os espaços e as pessoas que participam no brincar das crianças com cancro (tratamento ambulatorio)</p>	<p>O profissional de saúde, em especial o enfermeiro, que responde às necessidades de cuidado hospitalar, deve desenvolver a habilidade de facilitar o brincar e, portanto, possibilitar cuidados que promovam o desenvolvimento infantil.</p>	<p>Após o diagnóstico de cancro infantil há mudança de cenário e nas pessoas que interagem e brincam com as crianças.</p>

<p>Sit Down and Play: A Preventive Primary Care-Based Program To Enhance Parenting Practices (Ogretmen, 2019)</p>	<p>Sit Down and Play, um programa breve e dirigido pelos pais, destinado a ocorrer durante cada visita de puericultura pediátrica que ocorre nos primeiros dois anos de uma criança, com o objetivo de promover comportamentos parentais positivos por meio de atividades lúdicas para levar para casa.</p>	<p>Cada sessão tem 10-15 minutos: 1) Utilização de brinquedos (como usar o brinquedo para facilitar a conversa e a brincadeira com seus filhos - aprendizagem observacional). 2) Os pais são convidados a usar o brinquedo para brincar com seus filhos e é dado feedback, que inclui elogios e reforço de comportamentos positivos. O pai recebe o brinquedo para levar para casa, bem como sugestões de atividades simples para fazer em casa (apoiar a confiança dos pais na adoção de comportamentos que incentivem interações positivas). 3) Os pais desafiados a se comprometerem a brincar com seus filhos todos os dias para destacar a importância dessas interações no desenvolvimento de seus filhos autorregulação</p>	<p>Sit Down and Play é projetado para ser um programa breve e de baixo custo que incorpora construções chave para aliciar comportamentos parentais positivos, fornecido pela equipa dos cuidados de saúde enquanto esperam pela consulta de seguimento.</p>
<p>Starting early promoting emotional and behavioral well being in infant and toddler well child care (Russell &amp; Gleason, 2018)</p>	<p>Provar que a promoção do bem-estar emocional e comportamental na infância deverão começar bem cedo para que possam ter impactos positivos na vida das crianças</p>	<p>Parceria enfermeira-família: Visitas de enfermagem domiciliares com foco no crescimento, desenvolvimento e educação; Os pais como professores: Programa de visita domiciliar pelos pais para os pais a fim de fortalecer os fatores de proteção e garantir que as crianças pequenas estejam saudáveis, seguras e prontas para aprender; Projeto de Interação Vídeo: Avaliação gravada em vídeo de 5 minutos de interação entre pais e filhos como parte da visita de puericultura; Interações Vídeo para uma parentalidade positiva: Intervenção domiciliar de cinco sessões com foco no aumento da sensibilidade materna usando revisão de vídeo e treinamento; Recuperação biocomportamental de apego: Promover intervenção dos pais com foco em interpretar as pistas emocionais da criança com precisão e responder de forma eficaz</p>	<p>Na infância, os enfermeiros dos cuidados de saúde primários podem apoiar o desenvolvimento do relacionamento pais-bebé e usar a triagem e observação para identificar os bebés cujos relacionamentos não estão a promover um desenvolvimento ideal, bem como aqueles cuja regulação emocional é atípica. Podem fornecer orientação antecipatória universal relacionada ao desenvolvimento da autonomia e identificar trajetórias de desenvolvimento atípicas ou anormais que precisam de serviços clínicos.</p>
<p>The Impact of an mHealth Voice Message Service (mMitra) on Infant Care Knowledge, and Practices Among Low-Income Women in India_Findings from a Pseudo-Randomized Controlled Trial (Murthy et al., 2019)</p>	<p>O objetivo deste estudo é determinar se uma iniciativa de mensagem de voz por telefone móvel para mulheres grávidas e com bebé até 1 ano pode reduzir o baixo peso ao nascer, a desnutrição infantil e melhorar o conhecimento e as práticas de cuidados infantis.</p>	<p>Mulheres grávidas e com crianças até um ano de idade receberam mensagens de voz, duas vezes por semana, com informações de saúde infantil. As mensagens educativas eram fáceis de entender e adequadas ao estágio fisiológico da gravidez ou desenvolvimento infantil e o conteúdo era de acordo com as diretrizes da OMS e das organizações locais.</p>	<p>Este estudo fornece evidências de que mensagens de voz personalizadas podem melhorar significativamente as práticas de cuidado infantil e o conhecimento materno, que podem impactar positivamente o desenvolvimento infantil.</p>

## DISCUSSÃO

É consenso universal a ideia de que na primeira infância se constrói os alicerces, a base onde serão fixadas todas as estruturas para a vida. As intervenções que beneficiam o desenvolvimento inicial das crianças dos 0 aos 8 anos de idade são fundamentais, com benefícios para a saúde, aprendizagem, autonomia e participação social. Os eventos que ocorrem na primeira infância têm impacto na configuração das funções cerebrais, uma vez que as sinapses neurais são ativadas em função dos estímulos que a criança recebe no período pré-natal e nos primeiros anos de vida, sendo estas cruciais para estabelecer um desenvolvimento sólido (Bick & Nelson, 2016).

A necessidade de intervir na promoção do desenvolvimento infantil em todas as crianças, principalmente as que padecem de vulnerabilidades acrescidas, foi claramente pronunciada na literatura, uma vez que em todos os estudos encontrados foi demonstrada esta necessidade.

O acompanhamento adequado do desenvolvimento das crianças é fundamental, pois permite a elaboração de plano de cuidados que vão de encontro às necessidades de cada criança e à identificação precoce de alterações de modo a que estas possam atingir o seu potencial máximo de desenvolvimento.

Os resultados foram organizados e apresentados segundo os componentes do cuidado promotor do desenvolvimento: aprendizagem precoce, nutrição, cuidado responsivo e saúde.

### **Aprendizagem precoce através do brincar**

Para se desenvolverem, as crianças necessitam de oportunidades para vivenciar o que lhe é próprio, o brincar. O ato de brincar é uma necessidade básica da criança, como é a alimentação ou a higiene (Moreira et al., 2016). A criança explora o mundo através da perceção 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 a construção de conhecimento (Furley et al., 2020). Brincar contribui assim para o desenvolvimento e aprendizagem do cérebro, desenvolvimento físico e social, incluindo a linguagem e a comunicação (Moreno, 2016).

A promoção de comportamentos parentais positivos, por meio da atividade lúdica entre pais e filhos, promove o desenvolvimento na primeira infância, como demonstra o programa “Sit Down Play”. Neste programa é realizada uma pequena sessão de 10 a 15min onde é explicada a utilização de um brinquedo e como este pode ser usado de modo a facilitar o diálogo e a brincadeira com a criança. Posteriormente são observados a brincar com as crianças e de seguida é lhes dado um feedback, que inclui elogios e reforço dos comportamentos positivos. A família leva o brinquedo para casa e então são incentivados a brincar todos os dias. Os resultados deste programa foram bastante positivos porque com poucos recursos os pais referiram ter gostado de aprender novas formas de melhorar o tempo que passam com os seus filhos e que foi gratificante ver a forma como as crianças respondem a essa interação (Ogretmen, 2019).

Durante o brincar com os filhos ou quando os pais observam seus filhos a brincar, estes têm a oportunidade de ver o mundo do ponto de vista da criança e essas interações adulto-criança ajudam a construir relacionamentos de apoio fortes (Moreno, 2016).

O brincar com os pais também tem 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 sentido é importante capacitar os pais com intervenções na área da linguagem principalmente os pais daqueles que enfrentam desafios significativos para adquirir a linguagem. Devido à complexidade inerente à aquisição da linguagem, é importante ter uma perspectiva dinâmica do desenvolvimento e conhecer as premissas que podem ser aplicadas a todas as crianças à medida que aprendem a linguagem. Embora as habilidades e contextos de vida específicos de cada criança possam exigir intervenções individualizadas, as oito premissas podem ajudar a decidir a melhor forma de cronometrar, direcionar e adaptar as intervenções no processo de desenvolvimento para ter um impacto ideal nos resultados da linguagem das crianças (Adamson et al., 2020). Outra intervenção que o enfermeiro pode desenvolver é através dos fantoches de dedo, em que é dado aos pais fantoches e um conjunto de atividades que podem desenvolver com as crianças pois permite interagir com as crianças e favorece a comunicação (Domek et al., 2020).

Durante o processo de desenvolvimento a criança e sua família podem-se deparar com acontecimentos geradores de crises, tais como a doença ou hospitalização. Para as crianças e famílias é um período de elevado stress e ansiedade, com sentimentos de medo e insegurança pois estão perante o ambiente desconhecido, rodeadas por equipamentos e procedimentos que lhe causam desconforto e dor. Assim como sentimos de separação mesmo que esta não ocorra fisicamente, pois estão afastados do seu ambiente familiar, dos amigos e muitas das vezes com restrições (Diogo et al., 2016). Nestes períodos o brincar revela-se imprescindível, uma vez que é uma ferramenta natural que as crianças usam para desenvolver sua resiliência, sendo esta a capacidade das crianças conseguirem aprender a superar desafios e adversidades (Milteer et al., 2012). O enfermeiro deve ser o agente promotor do brincar durante o processo de doença e hospitalização. Uma vez que o brincar também permite que a criança expresse os seus sentimentos e manifeste situações desagradáveis que ocorrem durante o internamento, promovendo uma relação de empatia, diminui o medo que as crianças possam ter e torna o ambiente mais acolhedor e descontraído para as crianças (Silva et al., 2015; Dal’Bosco et al., 2019; Marques et al., 2016). Algumas intervenções que o enfermeiro pode desenvolver junto da criança hospitalizada de forma a promover o brincar são: intervenções de arteterapia (Valladares & Silva, 2011), utilização do brinquedo terapêutico (Malaquias et al., 2014) e uso de fantoches como estratégia lúdica (Sposito et al., 2016). Deste modo a criança pode trabalhar os medos, as fantasias e necessidades que precisam ser enfrentadas; À medida

que experimentam o domínio do mundo que criam, as crianças desenvolvem novas competências que levam a uma maior confiança e à resiliência de que precisam para enfrentar os desafios futuros (Milteer et al., 2012).

## **Nutrição**

A alimentação saudável é determinante para um bom desenvolvimento físico e intelectual, além de promover a saúde e o bem-estar geral (Direção Geral do Consumidor & Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2013).

O risco de obesidade em idades mais precoces está associado ao uso de fórmula infantil em vez do aleitamento materno, duração mais curta da amamentação e introdução precoce ou tardia de sólidos (antes de quatro ou após 7 meses) (Cheng et al., 2020) por isso é imprescindível a promoção da amamentação. A evidência mostra que a promoção da amamentação pode ser efetuada através do modelo Tri-Core que fornece uma estrutura conceitual enfatizando os três princípios cruciais da promoção e sustentabilidade da lactação: autoeficácia materna, apoio à lactação por um profissional e promoção da educação em amamentação. O modelo é uma abordagem multidisciplinar e tem efeito no aumento das taxas de amamentação e na melhoria dos resultados de saúde (Busch et al., 2014). A nutrição ideal para recém-nascidos e bebés consiste na amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e a alimentação complementar a partir dos 6 meses. A amamentação continua até os 12 meses de idade e/ou até que seja mutuamente desejado pela mãe ou filho (NAPNAP, 2013). Promover, apoiar e melhorar intervenções sustentáveis para nutrir a amamentação é um componente integral dos cuidados de saúde das crianças (Busch et al., 2014).

O enfermeiro está numa posição ideal para influenciar positivamente as práticas de amamentação de forma a melhorar o início e a duração da amamentação, remover as barreiras à amamentação, fornecer apoio psicossocial, monitorizar o desenvolvimento e crescimento (Cheng et al., 2020) e ajudar as mães a terem sucesso na promoção da alimentação saudável da criança.

Dentro da nutrição infantil outro tema bastante abordado é a atuação na área da obesidade infantil com programas de intervenção para crianças e pais com sessões de debate de ideias, promoção da atividade física e com discursos motivacionais de forma a definir planos em que as crianças consigam atingir os seus objetivos. Os enfermeiros têm uma posição única pois interagem com as crianças e famílias em muitos dos seus meios podendo ajudar na gestão e prevenção da doença com sessões de conversa, planos de atividade física no meio escolar, assim como no suporte emocional que estas crianças muitas

vezes precisam ajudando-as a ter mais autoconfiança e a trabalhar passo a passo para atingir os seus objetivos (Thorstensson et al., 2018).

Nas sessões de educação para a saúde relativas a este tema é pertinente abordar temas como: orientação para as decisões na introdução alimentar, amamentação, alimentação saudável, atividade física, exposição infantil aos media (Cheng et al., 2020; H. C. Hsu et al., 2018; Marcacine et al., 2012; Thorstensson et al., 2018). Este último porque a televisualização representa um comportamento cognitivo e físico sedentário que não requer esforço sustentado. A infância é o momento em que se aprendem habilidades e valores básicos que levam a disposições comportamentais (National Research Council, 2013 citado por Simonato et al., 2018) e a visualização de televisão precocemente está relacionado, posteriormente, uma variedade mais complexa de atividades de lazer digital no final da infância (Pagani et al., 2016 ; Smith et al., 2015 citado por Simonato et al., 2018). A televisão infantil também aumenta a exposição à publicidade de alimentos e esta por sua vez leva a um aumento da ingestão de lanches, doces, durante e após a exibição (Simonato et al., 2018).

Uma forma diferente evidenciada na literatura de promoção do desenvolvimento infantil é através da promoção da saúde com a criação de um grupo coral com o intuito de promover a saúde da criança utilizando os benefícios da música mais precisamente do canto coral. Ao mesmo tempo é que promovido sessões de educação para a saúde de forma lúdica promovida pela música. Esta é também uma importante ferramenta pois dá a oportunidade de promover o autoconhecimento, a reflexão e a percepção do outro, aspetos importantes para o desenvolvimento pessoal e para a integração social. (Zanettini et al., 2015). Cabe ao enfermeiro como educador da saúde utilizar dinâmicas que favoreçam a brincadeira durante os cuidados de enfermagem uma vez que o brincar é união da aprendizagem com a criança ser feliz (Câmara et al., 2011; Håkstad et al., 2017).

### **Cuidado responsivo**

A família é a base do desenvolvimento de qualquer pessoa, pela constituição de laços afetivos e emocionais, a criança terá os alicerces para a construção da sua personalidade e caráter, bem como, para a aquisição de habilidades de desenvolvimento de maneira sistémica a nível afetivo, cognitivo, social, educacional e psicológico. O processo educativo no âmbito familiar deve ser adequado e harmonioso para possibilitar à criança o sucesso na aprendizagem, proporcionando-lhe a motivação, o interesse e a concentração necessária para a aquisição do conhecimento (Chupil et al., 2018).

Abreu (2011), citado por Hockenberry & Wilson, (2014), referem que o enfermeiro deve intervir como agente facilitador na construção de soluções, no apoio às famílias no

seu papel de cuidador e de tomada de decisão, reconhecendo os seus pontos fortes e enfatizando a capacidade das famílias na resolução dos seus problemas. Assim como, fortalecer um cuidado sensível aos sinais da criança, capaz de responder adequadamente aos sinais que ela transmite e que apoie uma interação positiva e afetuosa em que as necessidades são atendidas e a criança pode aprender (WHO, 2020).

A visita domiciliária, é uma estratégia com resultados bastante positivos e tem sido direcionada a uma ampla gama de populações para alcançar uma gama igualmente ampla de resultados para pais e filhos. Uma vez que, possibilita conhecer as condições de vida e saúde das crianças e famílias, permitindo ir de encontro às suas necessidades no processo de cuidar, adequando as orientações à realidade da família com o objetivo de promover o desenvolvimento infantil saudável (Góes et al., 2018). A visita domiciliária facilita o envolvimento dos pais com os seus filhos, enriquece a competência dos pais, apoia o bem-estar da família e permite auxiliar a mãe a identificar, compreender e utilizar os recursos sociais que a podem ajudar no cuidado à criança (Health Resources & Service Administration, 2017 citado por Manz & Ventresco, 2019, Fracoli et al., 2018). As visitas são uma ferramenta muito eficaz principalmente quando desenvolvidas ainda durante a gravidez e continuando nos primeiros ano de vida das crianças, com maior periodicidade em famílias de risco ou com crianças com vulnerabilidades acrescidas (R. M. M. da Silva et al., 2020; Mangrio et al., 2021); a estas famílias pode-se ainda acrescentar a possibilidade de atendimento telefónico nas situações que sugerem fragilidades da saúde infantil, descontinuidade de seguimento e vulnerabilidades no acompanhamento especializado (R. M. M. da Silva et al., 2020).

Outra ferramenta que emergiu da revisão foi “Newborn Behavioral Observations (NBO)”: consiste numa ferramenta focada no bebé e centrada na família que foi planeada para sensibilizar os pais quanto às competências e individualidade do seu bebé, a fim de contribuir para o desenvolvimento de um relacionamento positivo entre pais e filhos desde o início (CARVALHO MARTINS et al., 2018).

Na infância, os enfermeiros dos cuidados saúde primários podem apoiar o desenvolvimento do relacionamento pais-bebé e usar a triagem e observação para identificar os bebés cujos relacionamentos não estão a promover um desenvolvimento ideal, bem como aqueles cuja regulação emocional é atípica. Fornecer orientação antecipatória relacionada ao desenvolvimento da autonomia e identificar trajetórias de desenvolvimento atípicas ou anormais que precisam de serviços clínicos. As experiências de uma criança durante os primeiros 3 anos de vida podem ter um impacto profundo nos resultados de saúde mental mais tarde na infância e ao longo da vida. Existindo terapias seguras e eficazes para problemas de saúde mental na primeira infância. (Russell & Gleason, 2018).

## Saúde

Garantir que as crianças tenham um começo de vida saudável requer o apoio da família, uma vez que a saúde de crianças resulta da vigilância parental das condições físicas e emocionais da criança, da resposta afetuosa e apropriada a suas necessidades diárias, da proteção das crianças a perigos domésticos e ambientais, das práticas de higiene que minimizam infecções, do uso de serviços preventivos e promotores da saúde, além da vigilância de doenças prevalentes da infância (WHO, 2020)..

As consultas de enfermagem, seja elas nas unidades de saúde ou nas visitas domiciliárias, é um espaço onde os enfermeiros nas suas intervenções promovem a capacitação parental através da criação de oportunidades e de meios para os seus membros descobrirem as suas habilidades e competências atuais e adquirirem novas, com o objetivo de assistir às necessidades das crianças e da família (Hockenberry & Wilson, 2014). As famílias recebem orientações antecipatórias relativamente às temáticas: nutrição, imunização, crescimento e desenvolvimento infantil, prevenção de acidentes, valorização da brincadeira e práticas de estimulação precoce Hsu et al., 2018; Marcacine et al., 2012; Peacock-Chambers et al., 2017; Torquato et al., 2019).

Para além da capacitação parental baseada no saber científico, aliado ao saber popular e valorizando a cultura de cada criança e sua família na consulta de enfermagem é avaliado o crescimento e desenvolvimento da criança de acordo com a sua idade e é realizada uma avaliação para se compreender as necessidades da criança e família (Góes et al., 2018). Na revisão da literatura surgiu um método de avaliação do desempenho motor dos bebés de modo a padronizar a avaliação do nível e qualidade do desenvolvimento motor de modo a identificar défices motores mais precocemente de forma a intervir mais rapidamente (Johansen et al., 2015).

Uma intervenção complementar às visitas domiciliárias e à consulta de enfermagem evidenciada na literatura de forma a promover a literacia em saúde das mães/cuidador é através de mensagens de voz personalizadas, todas as semanas, com conselhos importante relativo às práticas de cuidados infantil, durante a gravidez e no primeiro ao vida da criança (Murthy et al., 2019); assim as famílias podem tomar as suas decisões em saúde com mais uma ferramenta fundamentada em evidencia científica (Pedro, 2018).

Na consulta de enfermagem, a evidência científica refere que as práticas de promoção da higiene oral e saúde oral, devem de ser abordadas uma vez que a cárie na primeira infância tem aumentado em muitos países, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento e tornou-se num problema de saúde significativo, especialmente em populações socialmente desfavorecidas (Anil & Anand, 2017). Sendo a sua etiologia

multifatorial e atribuída principalmente a uma interação específica do tempo de microrganismos com açúcares na superfície do dente. A dieta, com práticas de alimentação de elevada ingestão de açúcar, falta de higiene oral, falta de exposição ao flúor e defeitos do esmalte são algumas das principais causas responsáveis pelo desenvolvimento de cáries, assim como no aparecimento de infecções (Anil & Anand, 2017), podendo afetar o bem-estar, a capacidade de aprendizagem e a qualidade de vida das crianças. Neste sentido é essencial que o enfermeiro desenvolva intervenções com ações de formação junto dos pais de crianças entre o primeiro ano e os 3 anos de vida, onde estes recebem informação e material didático sobre o tema (Plutzer & Spencer, 2008).

Existe um artigo que faz referência á importância de promover o desenvolvimento infantil através de um conjunto de intervenções que abordam a saúde, a nutrição, a segurança e proteção, os cuidados responsivos e as aprendizagens precoces. Uma vez que o desenvolvimento infantil é promovido por um ambiente doméstico que é sensível ás necessidades nutricionais, de saúde, ao cuidado responsivo, emocionalmente favorável e estimulante para o desenvolvimento, com oportunidades para brincar, explorar e protetor das adversidades, o “*nurturing care*” (Black et al., 2017; WHO, 2020).

### **Contribuições para a prática de Enfermagem**

Os resultados da presente revisão permitem identificar a importância da promoção do desenvolvimento infantil e que o enfermeiro tem um papel essencial em todos os seus campos de atuação, podendo explorar as visitas domiciliárias e a promoção do brincar em todos os contextos onde a criança se encontre dada a sua importância. Ficou claro que uma abordagem a vários níveis como “*nurturing care model*” deve ser integrada nas suas práticas diárias.

### **CONCLUSÃO**

O número de crianças que ainda não atinge o seu potencial de desenvolvimento é grande por isso as intervenções que visam promover o seu desenvolvimento são de extrema importância de modo a que todas as crianças tenham a mesma oportunidade de desenvolver todas as suas habilidades, uma vez que terá um grande impacto na vida futura da criança e mais tarde do adulto. Com esta revisão foi possível mapear o conhecimento científico procurando evidências relativas a várias intervenções em diversas áreas de atuação conseguido apurar que o enfermeiro tem um papel de extrema importância na promoção do desenvolvimento infantil. Para isso verificou-se existência de

um grande número de intervenções eficazes que podem fazer parte do seu cuidado do enfermeiro à criança e sua família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamson, L. B., Kaiser, A. P., Tamis-LaMonda, C. S., Owen, M. T., & Dimitrova, N. (2020). The developmental landscape of early parent-focused language intervention. *Early Childhood Research Quarterly, 50*(1), 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.11.005>
- Anil, S., & Anand, P. S. (2017). Early childhood caries: Prevalence, risk factors, and prevention. In *Frontiers in Pediatrics* (Vol. 5, p. 157). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00157>
- Bick, J., & Nelson, C. A. (2016). Early Adverse Experiences and the Developing Brain. *Neuropsychopharmacology, 41*(1), 177. <https://doi.org/10.1038/NPP.2015.252>
- Black, M. M., Pérez-Escamilla, R., & Rao, S. F. (2015). Integrating nutrition and child development interventions: Scientific basis, evidence of impact, and implementation considerations. *Advances in Nutrition, 6*(6), 852–859. <https://doi.org/10.3945/an.115.010348>
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. In *The Lancet* (Vol. 389, Issue 10064, pp. 77–90). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., Perez-Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., Fernald, L. C. H., MacMillan, H., Hanson, M., Wachs, T. D., Yao, H., Yoshikawa, H., Cerezo, A., Leckman, J. F., & Bhutta, Z. A. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. In *The Lancet* (Vol. 389, Issue 10064, pp. 91–102). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
- Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., Perez-Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., H Fernald, L. C., MacMillan, H., Hanson, M., Wachs, T. D., Yao, H., Yoshikawa, H., Cerezo, A., Leckman, J. F., & qar Bhutta, Z. A. (2017). Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 2 Nurturing care:

- promoting early childhood development. *Www.TheLancet.Com*, 389.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
- Busch, D. W., Logan, K., & Wilkinson, A. (2014). Clinical Practice Breastfeeding Recommendations for Primary Care: Applying a Tri-Core Breastfeeding Conceptual Model. *Journal of Pediatric Healthcare*, 28(6), 486–496.  
<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.02.007>
- Câmara, M. C. G., De Sá Barreto, A. M., De Sousa Medeiros, A. P. S., Albuquerque de Lucena, I. F., De Moura, J. V. S., & Oliveira, T. D. F. (2011). The use of games in health education in order to prevent iron deficiency anemia in infancy: the role of the nurse. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 5(5), 1280.  
<https://doi.org/10.5205/reuol.1302-9310-2-le.0505201127>
- CARVALHO MARTINS, P. A., DIAS DA COSTA MALHEIRO, M. I., & CARVALHO LEMOS SOUSA, M. O. (2018). A INTERVENÇÃO COM A NEWBORN BEHAVIORAL OBSERVATIONS (NBO) NO RECÉM-NASCIDO, LACTENTE E SUA FAMÍLIA: A SCOPING REVIEW. *Pensar Enfermagem*, 22(2), 23–44.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=138598438&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Center on the Developing Child. (2007). *The impact of early adversity on children's development*.
- Cheng, H., Eames-Brown, R., Tutt, A., Laws, R., Blight, V., McKenzie, A., Rossiter, C., Campbell, K., Sim, K., Fowler, C., Seabury, R., & Denney-Wilson, E. (2020). Promoting healthy weight for all young children: a mixed methods study of child and family health nurses' perceptions of barriers and how to overcome them. *BMC Nursing*, 19(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00477-z>
- Chupil, P., Souza, K. P. de O., & Schneider, C. de F. (2018). A NEUROPSICOPEDAGOGIA E O PROCESSO DE APRENDIZAGEM. In *IESDE BRASIL S.A.*
- Cprek, S. E., Williams, C. M., Asaolu, I., Alexander, L. A., & Vanderpool, R. C. (2015). Three Positive Parenting Practices and Their Correlation with Risk of Childhood Developmental, Social, or Behavioral Delays: An Analysis of the National Survey of Children's Health. *Maternal and Child Health Journal*, 19(11), 2403–2411.  
<https://doi.org/10.1007/s10995-015-1759-1>
- Cprek, S. E., Williamson, L. H., Mcdaniel, H., Brase, R., & Williams, C. M. (2020). Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Risk of Childhood Delays in Children Ages 1-5.

- Child and Adolescent Social Work Journal*, 37, 15–24.  
<https://doi.org/10.1007/s10560-019-00622-x>
- da Silva, L. F., Cabral, I. E., Faria da Silva, L., & Evangelista Cabral, I. (2015). Rescuing the pleasure of playing of child with cancer in a hospital setting. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3), 337–342. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680303i>
- da Silva, R. M. M., Zilly, A., Nonose, E. R. D. S., Fonseca, L. M. M., & de Mello, D. F. (2020). Care opportunities for premature infants: Home visits and telephone support. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1–8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3520.3308>
- Dal’Bosco, E. B., Barancelli, M. D. C., Gobatto, M., & Schmidt, C. L. (2019). Humanização Hospitalar Na Pediatria: Projeto "Enfermeiros Da Alegria. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 13(4), 1173–1178.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=136167973&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- de Souza, J. M., & Veríssimo, M. D. L. Ó. R. (2013). Child Development in the NANDA-I and International Classification for Nursing Practices Nursing Classifications\* Child Development in the NANDA-I and International Classification for Nursing Practices Nursing Classifications. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(1), 44–48.  
<https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01228.x>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47. [https://www.researchgate.net/profile/Paula-Diogo/publication/315661355\\_Os\\_Medos\\_das\\_Criancas\\_em\\_Contexto\\_de\\_Urgencia\\_Pediatrica\\_Enfermeiro\\_Enquanto\\_Gestor\\_Emocional\\_The\\_Fears\\_of\\_Children\\_in\\_Pediatric\\_Emergency\\_Context\\_Nurse\\_as\\_Emotional\\_Manager/links/58d9](https://www.researchgate.net/profile/Paula-Diogo/publication/315661355_Os_Medos_das_Criancas_em_Contexto_de_Urgencia_Pediatrica_Enfermeiro_Enquanto_Gestor_Emocional_The_Fears_of_Children_in_Pediatric_Emergency_Context_Nurse_as_Emotional_Manager/links/58d9)
- Direção Geral do Consumidor, & Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2013). *Guia para educadores - Alimentação em idade escolar*.  
[https://www.apn.org.pt/documentos/guias/GuiaAPN\\_AlimentacaoldadeEscolar.pdf](https://www.apn.org.pt/documentos/guias/GuiaAPN_AlimentacaoldadeEscolar.pdf)
- Domek, G. J., Szafran, L. H., Bonnell, L. N., Berman, S., & Camp, B. W. (2020). Using Finger Puppets in the Primary Care Setting to Support Caregivers Talking With Their Infants: A Feasibility Pilot Study. *Clinical Pediatrics*, 59(4/5), 380–387.  
<https://doi.org/10.1177/0009922820903407>
- Fracolli, L. A., Reticena, K. de O., Abreu, F. C. P. de, & Chiesa, A. M. (2018). The

- implementation of a home visits program focused on parenting: an experience report. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 52, e03361.  
<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017044003361>
- furley, ana karyne, pinel, hiran, & Sena, L. S. (2020). BRINQUEDOTECA HOSPITALAR: A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS. *ARTEFACTUM - Revista de Estudos Em Linguagens e Tecnologia*, 19(1).  
<http://artefactum.rafrom.com.br/index.php/artefactum/article/view/1841>
- Góes, F. G. B., Silva, M. da A., Paula, G. K. de, Oliveira, L. P. M. de, Mello, N. da C., & Silveira, S. S. D. da. (2018). Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 2808–2817. [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt\\_0034-7167-reben-71-s6-2808.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2808.pdf)
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91–108.  
<https://doi.org/10.1111/J.1471-1842.2009.00848.X>
- Håkstad, R. B., Obstfelder, A., & Øberg, G. K. (2017). Let's play! An observational study of primary care physical therapy with preterm infants aged 3-14 months. *Infant Behavior & Development*, 46, 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.01.001>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. In *Elsevier* (9ª Edição).
- Hsu, H.-C., Lee, S.-Y., Lai, C.-M., Tsai, W.-L., & Chiu, H.-T. (2018). Effects of Pediatric Anticipatory Guidance on Mothers of Young Children. *Western Journal of Nursing Research*, 40(3), 305–326. <https://doi.org/10.1177/0193945916681292>
- Hsu, H. C., Lee, S. Y., Lai, C. M., Tsai, W. L., & Chiu, H. T. (2018). Effects of Pediatric Anticipatory Guidance on Mothers of Young Children. *Western Journal of Nursing Research*, 40(3), 305–326. <https://doi.org/10.1177/0193945916681292>
- Johansen, K., Persson, K., Sarkadi, A., Sonnander, K., Magnusson, M., & Lucas, S. (2015). Can nurses be key players in assessing early motor development using a structured method in the child health setting? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(4), 681–687. <https://doi.org/10.1111/jep.12366>
- Malaquias, T. da S. M., Baena, J. A., Campos, A. P. dos S., Moreira, S. R. K., Bladissera, V. D. A., & Higarashi, I. H. (2014). O USO DO BRINQUEDO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL: SABERES E PRÁTICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

- Ciencia, Cuidado e Saude*, 13(1), 97–103.  
<https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v13i1.21802>
- Mangrio, E., Hellström, L., Nilsson, E. L., & Ivert, A. K. (2021). An Extended Home Visit Programme Within the Swedish Child Healthcare System for First-Time Parents in Scania, Sweden: A Study Protocol. *Frontiers in Public Health*, 9, 537468.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.537468>
- Manz, P. H., & Ventresco, N. E. (2019). Observing home-visiting quality across time: A longitudinal reliability study of the Home Visit Rating Scales. *Infant Mental Health Journal*, 40(3), 363–379. <https://doi.org/10.1002/imhj.21780>
- Marcacine, K. O., Orati, P. L., & Abrão, A. C. F. de V. (2012). Educação em saúde: repercussões no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 141–147. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672012000100021>
- Marques, E. P., Garcia, T. M. B., Anders, J. C., Luz, J. H. da, Rocha, P. K., & Souza, S. de. (2016). Playful activities in health care for children and adolescents with cancer: the perspectives of the nursing staff. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(3), 1–8. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160073>
- Matos, P. P. De. (2009). Perturbações do desenvolvimento infantil - Conceitos gerais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(6), 669–676.  
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10693>
- McDonald, S., Kehler, H., Bayrampour, H., Fraser-Lee, N., & Tough, S. (2016). Risk and protective factors in early child development: Results from the All Our Babies (AOB) pregnancy cohort. *Research in Developmental Disabilities*, 58, 20–30.  
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.08.010>
- Milteer, R. M., Ginsburg, K. R., HEALTH, C. O. C. A. M. C. O. P. A. O. C. A. F., & Mulligan, D. A. (2012). The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bond: Focus on Children in Poverty. *Pediatrics*, 129(1), e204–e213. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2011-2953>
- Moreira, C. S., Mesqurta, S. L., & Alves, A. M. de O. (2016). Vista do A ação de brincar em crianças de 2 a 5 anos no desenvolvimento psicomotor, do ponto de vista da terapia ocupacional. *Multitemas*, 23, 9–16.  
<https://www.multitemas.ucdb.br/multitemas/article/view/869/842>
- Moreno, M. A. (2016). Supporting Child Play. *JAMA Pediatrics*, 170(2), 184–184.

<https://doi.org/10.1001/JAMAPEDIATRICS.2015.2505>

- Murthy, N., Chandrasekharan, S., Prakash, M. P., Kaonga, N. N., Peter, J., Ganju, A., & Mechael, P. N. (2019). The Impact of an mHealth Voice Message Service (mMitra) on Infant Care Knowledge, and Practices Among Low-Income Women in India: Findings from a Pseudo-Randomized Controlled Trial. *Maternal & Child Health Journal*, 23(12), 1658–1669. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02805-5>
- NAPNAP. (2013). Position Statement on Breastfeeding. *Journal of Pediatric Health Care*, 27(1), e13–e15. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2012.09.001>
- Ogretmen, B. (2019). Sit Down and Play: A Preventive Primary Care-Based Program to Enhance Parenting Practices. *Physiology & Behavior*, 176(3), 139–148. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0583-6>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Ordem Dos Enfermeiros*, 14.
- Ordem Enfermeiros. (2010). GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA Edição Ordem dos Enfermeiros ENTREVISTA AO ADOLESCENTE PROMOVER O DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA CRIANÇA.
- Peacock-Chambers, E., Ivy, K., & Bair-Merritt, M. (2017). Primary Care Interventions for Early Childhood Development: A Systematic Review. *Pediatrics*, 140(6), 1–19. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1661>
- Pedro, A. R. (2018). *Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente*. Tese apresentada para cumprimento à obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/58232/1/RUN - Tese de Doutoramento - Ana Rita Pedro.pdf>
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In M. Z. Aromataris E (Ed.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Plutzer, K., & Spencer, A. J. (2008). Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(4), 335–346. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00414.x>
- Rabbitt, A., & Coyne, I. (2012). Childhood obesity: nurses' role in addressing the epidemic. *British Journal of Nursing*, 21(12), 731–735.

<https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.12.731>

- Rossi, C. S., & Rodrigues, B. M. R. D. (2007). As implicações da hospitalização para a criança, sua família e equipe de enfermagem: um estudo exploratório descritivo. *Online Braz. j. Nurs. (Online)*.  
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.11110/282>
- Russell, D., & Gleason, M. M. (2018). Starting Early: Promoting Emotional and Behavioral Well-Being in Infant and Toddler Well-Child Care. *Pediatric Annals*, 47(8), e317–e322. <https://doi.org/10.3928/19382359-20180703-01>
- Shaffer, A., Fitzgerald, M. M., Shipman, K., & Torres, M. (2019). Let's Connect: A developmentally-driven emotion-focused parenting intervention. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 63(May), 33–41.  
<https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.05.007>
- Silva, R. M. M. da, Zilly, A., Nonose, E. R. D. S., Fonseca, L. M. M., & Mello, D. F. de. (2020). Care opportunities for premature infants: home visits and telephone support. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3308. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3520.3308>
- Simonato, I., Janosz, M., Archambault, I., & Pagani, L. S. (2018). Prospective associations between toddler televisioning and subsequent lifestyle habits in adolescence. *Preventive Medicine*, 110, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.02.008>
- Sposito, A. M. P., de Montigny, F., Sparapani, V. de C., Lima, R. A. G. de, Silva-Rodrigues, F. M., Pfeifer, L. I., & Nascimento, L. C. (2016). Puppets as a strategy for communication with Brazilian children with cancer. *Nursing and Health Sciences*, 18(1), 30–37. <https://doi.org/10.1111/nhs.12222>
- Stiles, J., & Jernigan, T. L. (2010). The basics of brain development. In *Neuropsychology Review* (Vol. 20, Issue 4, pp. 327–348). Springer. <https://doi.org/10.1007/s11065-010-9148-4>
- Thorstensson, S., Blomgren, C., Sundler, A. J., & Larsson, M. (2018). To break the weight gain-A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(1–2), e251–e258. <https://doi.org/10.1111/jocn.13924>
- Tomlinson, M., Darmstadt, G. L., Yousafzai, A. K., Daelmans, B., Britto, P., Gordon, S. L., Tablante, E., & Dua, T. (2019). Global research priorities to accelerate programming

- to improve early childhood development in the sustainable development era: A CHNRI exercise. *Journal of Global Health*, 9(2), 1–12.  
<https://doi.org/10.7189/jogh.09.020703>
- Torquato, I. M. B., Collet, N., Forte, F. D. S., França, J. R. F. de S., Coutinho Silva, M. de F. de O., & Reichert, A. P. da S. (2019). Effectiveness of an intervention with mothers to stimulate children under two years. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, 1–10.  
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3176.3216>
- Valladares, Ana Cláudia A, & Silva, M. T. (2011). Art therapy and the promotion of child development in a hospitalization context. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 443–450.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=108206912&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Valladares, Ana Cláudia Afonso, & Silva, M. T. da. (2011). A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 443–450. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472011000300002>
- WHO. (2020, March 2). *Improving early childhood development: WHO guideline, WHO ECD guideline*. <https://www.who.int/publications/i/item/improving-early-childhood-development-who-guideline>
- World Health Organization, United Nations Children’s Fund, & World Bank Group. (2018a). *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>
- World Health Organization, United Nations Children’s Fund, & World Bank Group. (2018b). *Nurturing care for early childhood development: Linking survive and thrive to transform health and human potential*. In *World Health Organization*.
- Zanettini, A., Barros de Souza, J., Eloá Franceschi, V., Finger, D., Gomes, A., & Soster dos Santos, M. (2015). QUEM CANTA SEUS MALES ESPANTA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O USO DA MÚSICA COMO FERRAMENTA DE ATUAÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(4), 160–164.

**Apêndice II** – Relatório do caderno informativo sobre “Cuidados a ter com o seu bebé até aos 2 anos”



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

---

LISBOA · PORTO

**Caderno formativo**  
**Cuidados a ter com o seu bebé até aos 2 anos**

Por  
Filipa Neves

Sob a orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes  
e da Enfermeira Mestre [REDACTED]

Lisboa, 2020

## ÍNDICE

1.	NOTA INTRODUTÓRIA .....	119
2.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	120
3.	CADERNO INFORMATIVO .....	124
4.	AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DESENVOLVIDA.....	136
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	140

## Índice de Quadros

<b>Figura 1</b>	– Instrumento de avaliação da atividade desenvolvida – Caderno formativo. 1380
<b>Figura 2</b>	– Gráfico representativo da apreciação dos temas abordados. .... 138
<b>Figura 3</b>	– Gráfico representativo do grau de esclarecimento relativo aos temas abordados..... 139
<b>Figura 4</b>	– Gráfico representativo do grau de importância da partilha da informação por via eletrónica. .... 139

## 1. NOTA INTRODUTÓRIA

A atividade “Cuidados a ter com o seu filho até aos dois anos de idade” surgiu numa reunião informal com a enfermeira orientadora no decorrer da primeira semana de estágio, com base nas oportunidades de aprendizagem existentes bem como nas preocupações da equipa e das restrições existentes nesta fase de pandemia que vivemos.

Como referido anteriormente vivemos num contexto de pandemia, a SARS-CoV-2, desde o dia 11 de março decretado pela OMS. Desde então houve necessidade de uma constante reestruturação e adaptação dos serviços de saúde dadas as exigências que são sentidas. A equipa referenciou sentir uma diminuição do número de consultas de saúde infantil e com isto uma crescente preocupação em chegar a estas famílias de modo a que a vigilância das crianças se mantenha.

Neste sentido foi desenvolvido um caderno informativo com alguns temas de elevada relevância para a faixa etária entre os 0 e os 2 anos de idade de forma a sensibilizar as famílias para manterem a vigilância de saúde nas idades recomendadas, a promover a imunização contra doenças transmissíveis, conforme recomenda o Programa Nacional de Vacinação, promoção do sono, prevenção de acidentes e promoção do desenvolvimento infantil.

No final foi feita uma avaliação da atividade de forma a perceber e esta foi de encontro às necessidades das famílias e se acharam pertinente receber esta informação por mail.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O caderno informativo apresenta alguns temas de elevada relevância para a faixa etária entre os 0 e os 2 anos de idade de forma a sensibilizar as famílias para manterem a vigilância de saúde nas idades recomendadas, a promover a imunização contra doenças transmissíveis, conforme recomenda o Programa Nacional de Vacinação, assim como a prevenção de acidentes, a promoção do sono seguro do bebé e a promoção do desenvolvimento infantil com algumas atividades que os pais podem fazer desde o nascimento até aos 2 anos.

É amplamente reconhecido o impacto positivo que a vigilância da saúde tem nas crianças. Os fatores genéticos e o ambiente intervêm na saúde da criança, mas os cuidados que lhes são prestados são também um aspeto de extrema importante. A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças são um ponto prioritário do enfermeiro ESIP, na medida em que as crianças são o futuro e a sua saúde permite-lhes um correto desenvolvimento e um aumento da sua longevidade. O acesso à saúde é um direito da criança, aconselhando-se a realização regular de consultas de vigilância ao longo de toda a infância e adolescência, pois é nos primeiros anos de vida que se devem instituir hábitos de vida saudáveis. É, então, deveras importante proceder-se, nesta fase, à adoção de medidas que possam prevenir e/ou detetar precocemente qualquer problema de saúde.

Através da consulta de vigilância de saúde procura-se identificar e colmatar possíveis vulnerabilidades físicas ou mentais que impeçam a criança de desenvolver o seu pleno potencial (Amaral & Melão, 2016). Como tal, a manutenção e a promoção da saúde em todas as crianças são um ponto de importância fulcral para o enfermeiro ESIP.

As evidências demonstram os benefícios da vacinação como uma das intervenções de saúde mais bem-sucedidas. Graças às vacinas, milhares de vidas foram salvas e milhares de crianças em todo o mundo tiveram a oportunidade de viver mais saudáveis e felizes, crescendo, aprendendo e brincando sem o medo e sem as consequências de contrair doenças debilitantes, incapacitantes e mesmo letais (Nelson Mandela). As vacinas melhoram a saúde e o bem-estar dos povos, contribuem para a eficiência e sustentabilidade dos serviços de saúde e são um fator de desenvolvimento. Foi graças a uma vacina, pela única vez na história da humanidade, a erradicação de uma doença - a varíola, uma doença grave, extinta em 1980 (DGS, 2020).

A imunização é, e deve ser reconhecida como, um componente central do direito humano à saúde e uma responsabilidade individual, comunitária e governamental.

A vacinação previne cerca de 2,5 milhões de mortes a cada ano. Protegidas da ameaça de doenças evitáveis por vacinas, as crianças imunizadas têm a oportunidade de prosperar e uma chance melhor de realizar todo o seu potencial. Essas vantagens são ainda aumentadas pela vacinação na adolescência e na idade adulta (WHO, 2012).

Como parte de um pacote abrangente de intervenções para prevenção e controle de doenças, as vacinas e a imunização são um investimento essencial no futuro de um país - na verdade, no mundo, contudo a pandemia colocou esses ganhos em risco. O sofrimento evitável e a morte causados por crianças que perdem as imunizações de rotina podem ser muito maiores do que o próprio COVID-19 afirma a OMS e a Unicef. Mesmo quando os serviços disponibilizam o cumprimento do plano de vacinação, as pessoas por vezes não conseguem efetua-lo devido à relutância em sair de casa, interrupções no transporte, dificuldades económicas, restrições de movimento ou medo de serem expostas a pessoas à COVID-19 (WHO and UNICEF, 2020). Cabe sobretudo ao enfermeiro ESIP arranjar estratégias para sensibilizar as famílias para o cumprimento do plano nacional de vacinação dada a sua importância e mostrar que são efetuadas medidas para evitar o contágio das crianças e família que se deslocam aos serviços de saúde.

Outro tema abordado foi a segurança infantil porque os traumatismos e lesões não intencionais, ou acidentes, são uma das principais causas de morte de crianças e jovens (European child safety alliance, n.d.). As crianças são naturalmente curiosas e ávidas de novas experiências, deslocam-se a correr, exploram tudo o que as rodeia e respondem a todos os convites que o ambiente lhes transmite: enfiam-se nos buracos, trepam, puxam, saltam, espreitam. Devido às suas características físicas (estatura, cabeça proporcionalmente mais pesada e maior que o corpo), cognitivas (perceção e avaliação do risco inexistente ou muito imatura) e preceptivas (campos visuais reduzidos), à curiosidade inerente e exploração do meio envolvente associadas ao facto de não terem noção do perigo faz com que a vigilância tenha que ser redobrada (Menezes & Eloy, 2009). Sendo fundamental que os pais e cuidadores antecipem as ações com o objetivo de afastar a criança do risco, cabe ao enfermeiro ESIP a promoção de cuidados antecipatórios de modo a promover a parentalidade. Ainda mais importante neste contexto de pandemia visto estar a causar grandes mudanças na maneira como vivemos o nosso dia a dia. O autoisolamento, o distanciamento social, por vezes o teletrabalho e outras preocupações podem colocar uma pressão adicional. Devido as estas questões as famílias passam muito mais tempo em casa. Para muitos, isso inclui mais tempo com crianças entediadas que procuram coisas para fazer. Por outro lado, por vezes verifica-se que as pessoas procuram formas de estar ocupadas como a decoração da casa, jardinagem, bricolage que pode trazer, se não estiver desperto, um

risco acrescido para a segurança das crianças. Sendo a casa o lugar onde se verifica mais acidentes e sendo estes muitas vezes evitáveis esta temática foi incluída no caderno informativo.

O Sono e o desenvolvimento infantil foram temas que me apercebi durante as consultas de saúde infantil que as familiares têm maior interesse e dúvidas. Pude retirar estas conclusões após ter utilizado o instrumento e metodologia da profissão de enfermagem. Os enfermeiros executam (ações e intervenções de enfermagem), tendo como base o julgamento sobre necessidades humanas específicas (diagnóstico de enfermagem), para alcançar resultados pelos quais se é legalmente responsável (resultados de enfermagem) (Garcia & Nóbrega, 2009). Através da avaliação de enfermagem sendo o ponto de partida para a determinação dos diagnósticos de enfermagem (NANDA, 2018), pude constatar que os pais cometem alguns erros relativamente ao sono seguro (deixando o bebé dormir na cama dos pais, utilização de correntes de chucha e babetes durante o sono, elevação da cabeceira de forma incorreta e muitas dúvidas relativas a este padrão de sono, número de horas); com isto foi possível estabelecer o seguinte diagnóstico de enfermagem: sono potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) pai para promover o sono referindo algumas intervenções associadas tais como: ensinar a mãe e (ou) pai sobre sono e repouso e sobre o padrão de sono. O resultado pretendido é conhecimento da mãe e (ou) pai para promover o sono.

Quanto ao desenvolvimento as dúvidas são relativas aos marcos de desenvolvimento e como promover o desenvolvimento da criança. Assim como pude observar estratégias que os pais utilizam não adequadas ao desenvolvimento infantil como por exemplo a utilização de ecrãs nesta faixa etária. Elaborando o seguinte diagnóstico: desenvolvimento infantil potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) pai sobre desenvolvimento infantil. Com a intervenção ensinar a mãe e (ou) pai sobre desenvolvimento infantil tendo como resultado conhecimento da mãe e (ou) pai sobre desenvolvimento infantil.

No sono são abrangidas duas temáticas sendo a primeira a importância do sono e o estabelecimento de rotinas de sono ao bebé e a segunda temática onde são apresentadas algumas estratégias importantes que permitir um sono seguro evitando a síndrome de morte súbita. A síndrome da morte súbita é a morte inesperada de um lactente aparentemente saudável com menos de 12 meses, cuja causa da morte permanece desconhecida, apesar de uma investigação completa da causa de morte. Embora já se tenha abordado o tema diversas vezes para melhorar o ambiente e as estratégias de sono ao longo vários anos continua a ser uma das principais causas de morte infantil (Goldberg et al., 2018). Promover um bom sono e seguro ao bebé, é proporcionar um desenvolvimento e um crescimento saudável.

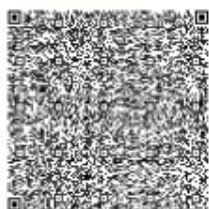
No que diz respeito ao desenvolvimento infantil as famílias gostam de ter conhecimento relativamente aos marcos de desenvolvimento e achei pertinente apresentar os marcos de desenvolvimento infantil de forma esquematizada para uma fácil consulta e atividades nas diferentes idades que promovessem o desenvolvimento infantil uma vez que as crianças passam agora mais tempo com os pais. Sendo os primeiros anos de vida um período de desenvolvimento exponencial do cérebro. O cérebro aumenta de tamanho quatro vezes durante a primeira infância atingindo 90% do volume do adulto aos 6 anos (Stiles & Jernigan, 2010). Mas mais importante que o número de neurónios são as sinapses que são formadas e nos primeiros anos é quando se verifica a taxa mais elevada de formação. O cérebro, entre os dois e os três anos de idade, tem um número de sinapses duas vezes superiores à idade adulta, tornando o cérebro especialmente sensível às informações externas (Stiles & Jernigan, 2010). Este rápido desenvolvimento cerebral é impulsionado por um padrão genético, mas é orientado pelas experiências da criança, pois é através dos sentidos que a atividade neural é estimulada (World Health Organization et al., 2018). Desta forma ter um ambiente ideal, desde a conceção até a primeira infância, sendo considerado pela organização mundial de saúde dos 0 aos 8 anos de idade, propicia o desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo e um ambiente adverso prejudica o desenvolvimento tanto a curto, mas principalmente a longo prazo (World Health Organization et al., 2018). Nos primeiros anos, o brincar e o relacionamento com pais e pessoas significativas (familiares, educadoras) é a principal forma de aprendizagem e desenvolvimento das crianças. O enfermeiro ESIP tem como foco de intervenção a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem com referência os cuidados antecipatórios às famílias de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Foi escolhida a faixa etária entre os 0 e 2 anos pelo facto de as mudanças associadas ao nascimento de um filho obrigarem a um processo de aprendizagens e adaptações que neste contexto de pandemia podem ser vivenciadas com maior angústia. Cabe ao enfermeiro ESCJ apoiar e capacitar as famílias nos cuidados ao bebé de maneira a fomentar uma parentalidade responsável e saudável promovendo bons cuidados e fornecendo informação orientadora (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

### 3. CADERNO INFORMATIVO

# Cuidados a ter com o seu bebé até aos 2 anos

O presente trabalho foi elaborado pela Enfermeira Filipa Neves a realizar estágio na USF Emergir em São Domingos de Rana no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa do Instituto de Ciências da Saúde no ano letivo 2020/21. Este trabalho foi orientado pela Enfermeira Helena Mendes e com a colaboração da Dra. Susana Dias.



Neste documento pode encontrar informação relativa à vigilância de saúde, à vacinação e à importância do sono com algumas dicas sobre rotina de sono. Existe também um capítulo sobre segurança infantil com alguns alertas para poder ter uma casa mais segura para o seu filho. No final é abordado o tema do desenvolvimento infantil com algumas atividades que podem fazer em conjunto.

No documento pode encontrar alguns *QR codes* com as referências bibliográficas usadas para a elaboração do documento assim com alguma informação adicional caso esteja interessado em ler mais sobre o tema abordado.

# Vigilância de saúde



## O acesso à saúde é um direito da criança

As consultas de saúde infantil são realizadas em idades chave correspondentes a acontecimentos importantes na vida da criança, tais como as etapas do desenvolvimento físico, cognitivo e emocional.

Na consulta avalia-se o desenvolvimento da criança com um todo, prevenindo a doença e promovendo uma vida saudável de forma a maximizar o seu potencial de desenvolvimento.

Se a consulta ou a vacinação do seu filho está em atraso entre em contacto com [redacted] Emergir via e-mail [redacted] ou telefone [redacted] para que possa ser agendada.

RECOMENDADAS

### CONSULTAS ABS





## Vacinar é proteger !

"Através da vacinação milhões de crianças foram salvas e tiveram a possibilidade de viverem com mais saúde, mais tempo e melhor, uma vez que foram maiores as hipóteses para aprender, brincar, ler e escrever, sem sofrimento"

NELSON MANDELA

As vacinas salvam vidas e previnem mais casos de doença do que qualquer outro tratamento médico. São seguras e eficazes

### Plano Nacional de Vacinação 2020

Vacinas/ Doenças	Idades											
	nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
Neumofilo influenzae b		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					
Streptococcus pneumoniae		Pn13 1	Pn13 2		Pn13 3							
Neisseria meningitidis B		MenB	MenB		MenB							
Neisseria meningitidis C					MenC							
Sarampo, Parotidite epidémica, Rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus do Papiloma humano							HPV 1,2					
Tétano, difteria e tosse convulsa									Tdpa - grávidas			
Tétano e difteria								Td 6	Td 7	Td 8	Td 9	Td 10...

As vacinas são seguras e eficazes

O Programa Nacional de Vacinação passa a incluir a partir de 1 de outubro de 2020:

- Vacina meningocócica B (Men B) para todas as crianças, nascidas a partir de 1 Jan 2019;
- Vacina HPV para todos os rapazes, aos dez anos nascidos a partir de 1 Jan 2019;



Informação adicional na página SNS sobre vacinação



# SONO

**Promover um bom sono ao bebé,  
é proporcionar um desenvolvimento e  
um crescimento saudável.**

Os bebés dormem muito tempo, chegando a dormir 18 horas por dia. Dormem por períodos de sono curtos (de duas a quatro horas). À medida que o bebé cresce, os seus padrões de sono mudam ficando mais tempo acordado durante o dia e mais tempo a dormir durante a noite.

O sono tem vários ciclos e a transição entre eles passa por um leve despertar. Nas crianças pequenas estes ciclos são mais curtos e como o tempo de sono é maior, estes despertares podem ser numerosos. Se não estiver habituada a adormecer sozinha, cada vez que ocorre um despertar, a criança poderá exigir a repetição do ritual com que adormeceu.

As rotinas para adormecer são um conjunto de rituais/hábitos que cada pessoa adquire para facilitar o início e continuidade do sono. Deverão ser colocados em prática diariamente para que se torne num hábito. São um fator chave na promoção de um sono saudável e têm uma série de resultados positivos no desenvolvimento da linguagem, alfabetização, regulação emocional e comportamental da criança, apego pais-filhos.



Informação adicional  
no site da Associação  
Portuguesa de sono.



Informação adicional  
no site da Sociedade  
Portuguesa de  
Pediatria.

Adaptada a cada criança e família  
e é importante que pais e filhos  
estejam envolvidos.

## ROTINA SONO

### DURANTE O DIA:

- Manter a iluminação natural e os ruídos normais da casa.
- Ajustar o seu ritmo ao ritmo do bebé.
- Não interferir nos padrões de sono mantendo o bebé acordado - mantê-lo mais tempo acordado durante o dia, não faz com que durma mais e melhor durante a noite.
















### À NOITE:

- Manter apenas uma luz de presença e interagir com o bebé de forma calma (alimentá-lo e mudar a fralda, sem estimular).
- Não adormecer o bebé ao colo, deitá-lo quando estiver sonolento, mas ainda acordado. Isto vai ajudá-lo a aprender a adormecer sozinho, sem ter de ser embalado.
- Por volta dos 6/7 meses se não tem uma rotina pode começar a criar uma fazendo as coisas da mesma forma todas as noites, sensivelmente à mesma hora. Ajuda o bebé a perceber que está na hora de dormir.
- Após o jantar proporcionar desaceleramento com rotinas antes de dormir. Alguns exemplos:
  - Banho e massagem;
  - Cuidados de higiene oral
  - Ida para o quarto;
  - Leitura ou contar uma história;
  - Abraço ou aconchego

Sendo aconselhado sair do quarto antes do bebé adormecer.

As rotinas antes de dormir não deve exceder os 30min.

## AMBIENTE SEGURO PARA DORMIR

-  Colocar o bebê a dormir de barriga para cima (incluindo durante a sesta) até 1 ano de idade.
-  Utilizar uma superfície firme, sólida e estável para deitar o bebê. O colchão deve ser firme e bem ajustado ao tamanho da cama.
-  Utilizar roupa adequada à temperatura ambiente. Evitar o sobreaquecimento do bebê.
-  Elevar ligeiramente a cabeceira do berço. Deve fazê-lo com uma elevação por debaixo do colchão, do estrado ou até dos pés do berço (se for uma estrutura maior). Nunca com almofada, mantas diretamente por baixo da cabeça do bebê.
-  Fazer a cama com o lençol superior ajustado ao tamanho do bebê (os pés do bebê devem tocar no fundo da cama e a roupa superior da cama não deve ultrapassar os ombros do bebê).
-  Em vez de cobertores, para manter o seu bebê aquecido, considere o uso de um cobertor vestível mais aconselhado por não se enrolar na cabeça ou no pescoço do bebê.
-  Não usar almofadas, fraldas, objetos macios, brinquedos, roupas de cama soltas, correntes de chucha, babetes na área de dormir do bebê.
-  O bebê deve dormir no quarto dos pais, perto da cama, mas numa cama separada até aos 6 - 12 meses conforme dinâmica familiar e desenvolvimento do bebê.
-  Evitar a exposição ao tabaco no ambiente do bebê (não fume nem deixe fumar junto do bebê).
-  Os bebês deve manter uma vigilância de saúde regular e ser imunizados de acordo com plano nacional de vacinação.
-  Recomenda-se um berço, berço portátil ou parque infantil que esteja em conformidade com os padrões de segurança
-  Sofás e poltronas são lugares extremamente perigosos para bebês.
-  O bebê por rotina não deve dormir na cadeira de passeio, cadeira auto, cadeira de sentar.
-  Adequar o ruído a cada criança de forma a não perturbar o sono.
-  Obter uma luminosidade que favoreça o sono e o repouso (promovendo hábitos de sono respeitando o ciclo circadiano - o dia e a noite). A luz do quarto deve ser amarela, por transmitir uma sensação de calor, aconchego, tranquilidade.

## Dormir

### De barriga para Cima!

De barriga para baixo só para BRINCAR, sempre com vigilância de um adulto.





# Segurança

As crianças são naturalmente curiosas e ávidas de novas experiências. Deslocam-se a correr, exploram tudo o que as rodeia e respondem a todos os convites que o ambiente lhes transmite: enfiam-se nos buracos, trepam, puxam, saltam, rebolam, espreitam.

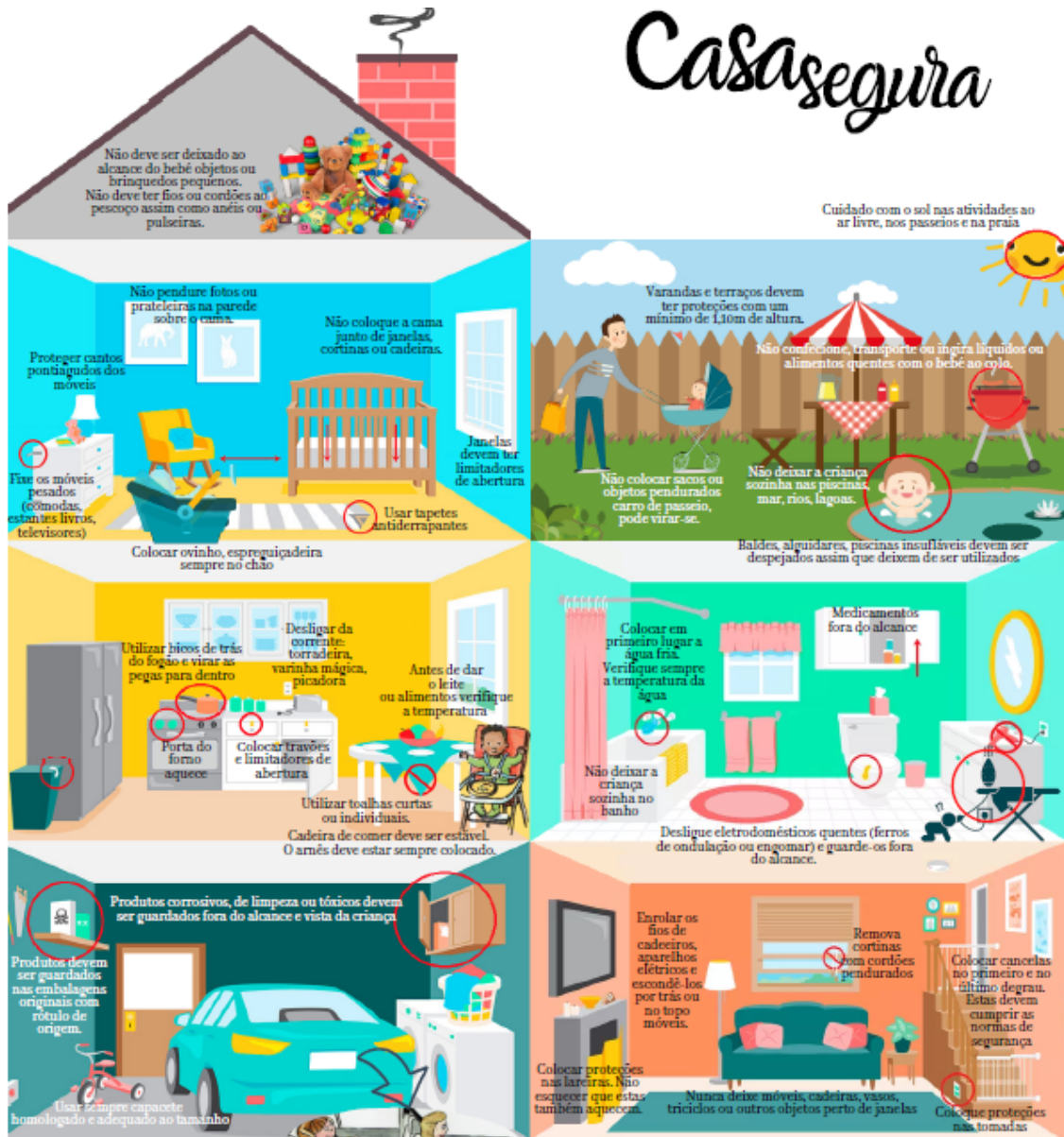
(Menezes & Eloy, 2009).

A curiosidade inerente e exploração do meio envolvente associadas ao facto de não terem noção do perigo faz com que a vigilância tenha que ser redobrada pois os acidentes podem causar sequelas graves e ocorrem em segundos.

**É fundamental que os pais e cuidadores antecipem as ações com o objetivo de afastar a criança do risco.**



# Casa segura



- Utilizar em todas as viagens cadeira auto homologada adequada ao peso e altura da criança.
- A cadeira é colocada no banco do carro, de preferência na parte de trás no sentido contrário ao da marcha do veículo.
- Não pode ser usada num lugar com airbag ativo.
- O arnés (cinto interno da cadeira) sempre apertado com uma folga de 1 dedo entre o cinto e corpo do bebé.
- Utilizar um redutor acolchoado em recém-nascidos para permitir o posicionamento correto do arnés e pescoço.
- Não deve ser colocado mantas ou almofadas por baixo do bebé.
- Existem espelhos que podem ser colocados para manter contacto visual com a criança.



Site da Associação para a promoção da segurança infantil (apsi)



Guia Digital de segurança de produtos para criança apsi

# Desenvolvimento infantil



O Desenvolvimento infantil é um processo contínuo e dinâmico de aquisição de aprendizagens em diferentes áreas.

O desenvolvimento da criança é influenciado pela interacção com os cuidadores, por factores pessoais (genética, visão, audição) e por factores ambientais (núcleo familiar, educação, condições sócio-económicas).



*Nos primeiros anos, o brincar e o relacionamento com pais e pessoas significativas (familiares, educadoras) é a principal forma de aprendizagem e desenvolvimento das crianças .*

Estudos identificaram idades médias em que a criança adquire determinada competência. A criança pode apresentar um desenvolvimento adequado e ainda não ter adquirido aquela competência na idade média. Por exemplo, as crianças geralmente aprendem a ficar em pé e depois a andar. Mas esse desenvolvimento pode acontecer a qualquer momento entre 8 e os 18 meses.

É importante compreender que o ritmo do desenvolvimento varia de criança para criança e nem todas as crianças chegam com a mesma idade ao mesmo estágio de desenvolvimento.



# Desenvolvimento infantil

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Sorri	Gargalhadas				Senta-se sem apoio			Gatinha ou arrasta-se		Anda com apoio							Anda sem apoio						Corre
Fixa face dos pais durante alimentação			Vira-se		Muito atento e curioso. Explora brinquedos			Faz a pinça com polegar e indicador		Entende ordens simples (dá, adeus).						Agarra e leva à boca							Sobee e desce escadas apoiando-se no corrimão
	Mexe barcos e pedras com vigor quando está contente			Protesta através de gestos ou vocalizações				Distingue os familiares de estranhos		Colabora vestir e despir							Copia as atividades domésticas (ex. dar de comer às bonecas, cozinhar, varrer)						
	De barriga para baixo apoia-se nos antebraços			Leva objetos à boca				Atrai objetos para o chão e procura		Procura objeto escondido							Constrói torre com 3 cubos						Constrói torre de 6-7 cubos
	Mãos abertas junta-as e brinca com elas.			Passa objetos de uma mão para outra				Repete várias sílabas ou sons. Imita sons do adulto		Vocaliza em tom de conversa embora impercetível.						Treino para retirar fraldas							Brinca faz de conta
	Segura por pouco tempo a roca e move-a em direção à face			Vocaliza mono e dissilados, sons com "p, m, l"					Utiliza gestos simples (bater palmas, adeus)							Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão							Gosta ver livros, virar pág., apontar imagens
								Põe-se de pé com apoio		Responde ao nome							Usa 6 - 26 palavras mas compreende muito mais						Diz frases curtas
								Aponta com indicador															Diz o nome



## Atividades promotoras do desenvolvimento infantil que pode fazer com seu bebê



### 1 mês

- Observar o bebê, sorrir, cantar, conversar ao longo do dia - dar tempo para a resposta;
- Estar atento aos sinais para perceber se está cansado ou se pelo contrário quer mais interação;
- O brinquedo mais estimulante é a face humana;
- Produzir sons com caixa de música;
- Massajar bebê de forma simples sem movimentos bruscos e sem muita pressão e não exceder 20 min;
- Manter actividades diferenciadoras do dia e da noite;

### 3 meses

- Fale com bebê, use as expressões do rosto (ex. caretas, sorrisos), imite o som de determinado objecto ou instrumento musical;
- Oiça música, dançar com ritmo suave, cante, leia histórias;
- Durante os momentos de actividade mudar frequentemente de posição e colocar de barriga para baixo;
- Oferecer objectos para ele segurar (Rocas, brinquedos macios) e colocar objectos pendentes para que possa segui-los;
- Manter rotinas na hora de dormir;



### 6 meses



- Proporcionar muito tempo para brincarem juntos;
- Ler histórias. Apontar e nomear os objectos, imagens;
- Oferecer livros com texturas e cores vivas e incentivar a ver e a tocar;
- Oferecer brinquedos como bola de tamanho médio, cubos de aristas redondas, espelhos de plástico e estimular a alcança-los e a passa-los de uma mão para a outra;
- Senta-lo com apoio para participar mais activamente no meio que o rodeia;
- Não entrar em conflito durante a refeição;

## Atividades promotoras do desenvolvimento infantil que pode fazer com seu bebê

### 9 meses

- Proporcionar muito tempo para brincarem juntos e continuar a ler e brincar com os livros;
- Chamar os objectos pelos nomes;
- Coloque os objectos ligeiramente afastados/em cima de uma cadeira ou sofá para incentivar a deslocar-se e a colocar-se de pé;
- Oferecer dois objectos para cada mão e depois oferecer um terceiro e deixar que escolha;
- Brincar ao esconde;
- Ensinar a colocar fora e dentro da caixa;
- Fazer jogos repetitivos (bater palmas, acenar, galinha põe o ovo) imitar sons de animais e pedir para imitar;
- Ser firme e terno no não;
- Encorajar a alimentar-se sozinho e permitir a sujidade;



### 12 - 18 meses



- Jogar ao faz de conta e incentivar a imaginação (utilizar fantoches);
- Criar ambientes variados - pintar com diferentes materiais, brincar com objectos de diferentes pesos e volumes;
- Estimular as tarefas/ordens simples (elogiar após realização);
- Incentivar para que a criança peça quando quer algo;
- Leitura mimada (dar entoação) e deixe seu filho virar as páginas e apontar imagens;
- Converse com seu filho sobre as coisas do dia a dia.
- Alguns exemplos de brinquedos blocos/anéis para empilhar, brinquedos de empurrar e puxar;
- Manter as regras claras e consistentes. Definir limites e rotinas. Reagir com firmeza às birras;
- A partir dos 18 meses dar a conhecer o bacio ou redutor de sanita e começar a treinar o largar a fralda. Dar estímulo positivo e não forçar;



## Atividades promotoras do desenvolvimento infantil que pode fazer com seu bebê



2 anos

- Proporcionar brincadeiras como pular num só pé, saltar à corda, explorar a natureza;
- Contar e ler histórias;
- Ensinar novas palavras e ajudar a criança a repeti-las;
- Fazer puzzles e construções, brincar com plasticina, pintar com os dedos, brincar com jogos de cozinha, brinquedos de água e areia, carrinhos e garagens;
- Pedir que ajude nas tarefas diárias;
- Dar a oportunidade à criança para expressar o pensamento e desejo (mantendo os limites);
- Manter regras e limites e não ceder à chantagem da criança;
- Ensinar a partilhar;

## Crescer num mundo digital

- Sabe-se que os ecrãs não têm vantagens no desenvolvimento das crianças com menos de 2 anos.
- A criança até aos 2 anos deve preferencialmente crescer num ambiente livre de ecrãs.
- Evitar o uso de ecrãs para acalmar ou antes de ir dormir.

Idade	Recomendação*
<18 meses	Evitar totalmente o tempo de ecrã.
18 meses - 2 anos	Programas com conteúdo de qualidade, visualizados em conjunto com os pais, de forma interactiva, conversando e brincando com as crianças sobre o conteúdo.
2-5 anos	Limitar o tempo de ecrã a 1 hora por dia. Programas com conteúdo de qualidade. As crianças devem ser sempre acompanhadas neste período.
≥6 anos	Limitar o tempo utilizado e o tipos de conteúdo de maneira a assegurar as horas de sono adequadas, a atividade física regular, o tempo de brincadeiras, a interação social e o tempo de leitura.

\*Academia Americana de Pediatria (2016)

Acompanhar e interagir com a criança durante a visualização dos vídeos/programas/jogos

É importante criar locais (quarto) e períodos (refeições, viagens de carro) sem, tecnologias.

#### 4. AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DESENVOLVIDA

O documento após estar finalizado e foi enviado por e-mail a 153 famílias de 177 no total de famílias com crianças na faixa etária entre os 0 e os 2 anos. A via de divulgação foi por via eletrônica visto nesta fase de contingência ainda não serem permitidas reuniões e a USF tem uma comunicação bidirecional já estabelecida com as famílias por esta via, tendo sido esta a melhor forma de chegar a um maior número de pessoas neste período de forma a sensibilizar a importância de manter cuidados de saúde e promotores do desenvolvimento infantil.

A OMS define a Literacia em Saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (Arriaga et al., 2018), pág.6). Este caderno informativo visa aumentar diretamente a literacia das famílias relativamente aos cuidados ao bebé nos dois primeiros anos de vida, de uma forma simples e acessível. Por forma a poder chegar ao maior número possível de família, e assim aumentar o seu impacto, foi também utilizada a tecnologia *QR-Code* para que a partilha possa ocorrer também de forma digital.

De forma a avaliar a pertinência dos temas abordados, a perceber se as famílias ficaram esclarecidas assim como se acharam relevante o envio da informação foi elaborado o seguinte questionário (figura 1) através da aplicação Google Forms em que foi enviado um link no email para que as famílias pudessem responder, garantindo o seu anonimato.



## Promoção da Saúde Infantil - Avaliação dos Conteúdos Partilhados

Com o objetivo de avaliar a partilha de conhecimento enviado por via eletrónica subjacente á temática da promoção da saúde infantil venho por este meio solicitar a sua colaboração através deste pequeno questionário.

A sua participação é anónima e os dados recolhidos serão utilizados para que possamos melhorar os conteúdos enviados previamente. Desde já agradecemos a sua colaboração.

\* Required

Qual a sua apreciação sobre a os temas partilhados? \*

- Nada interessante
- Pouco interessante
- Interessante
- Muito interessante

Numa escala de 1 a 5, em que 1 significa "Nada esclarecido" e 5 significa "Totalmente esclarecido", indique para cada tema a sua apreciação. \*

	1	2	3	4	5
Vigilância de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacinação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segurança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desenvolvimento Infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tem alguma sugestão para futuros temas a partilhar? Se sim, por favor indique qual ou quais?

Your answer

Considera importante a partilha desta informação por via eletrónica para além das consultas de vigilância do seu filho/filha? \*

- Nada importante
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante

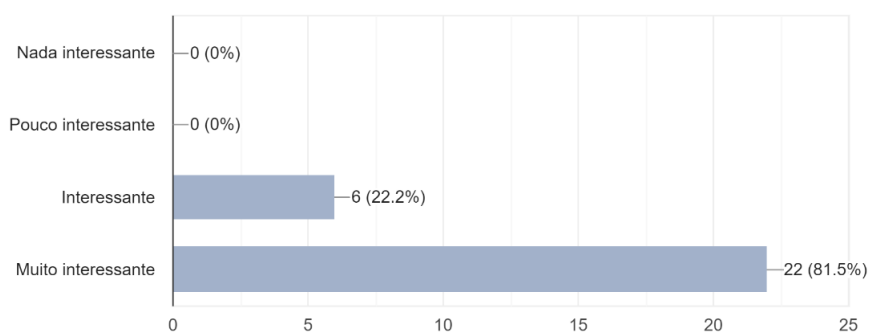
Submit

## Figura 1 – Instrumento de avaliação da atividade desenvolvida – Caderno formativo.

Num total de 153 documentos enviados houve 28 respostas que indicam que os temas apresentados foram interessantes. Embora não tenha sido feito o contacto presencial sentiram que ficaram bastantes esclarecidos em todos os temas abordados e consideram importante esta partilha de informação neste contexto de pandemia. Sugerindo outras temáticas para abordar, tais como; amamentação e dispositivos de apoio e cólicas, alimentação, que foram comunicadas à equipa de enfermagem e que demonstrou interesse em continuar com a iniciativa, uma vez que as famílias demonstraram interesse e pertinência. Estas conclusões são demonstradas nos seguintes gráficos.

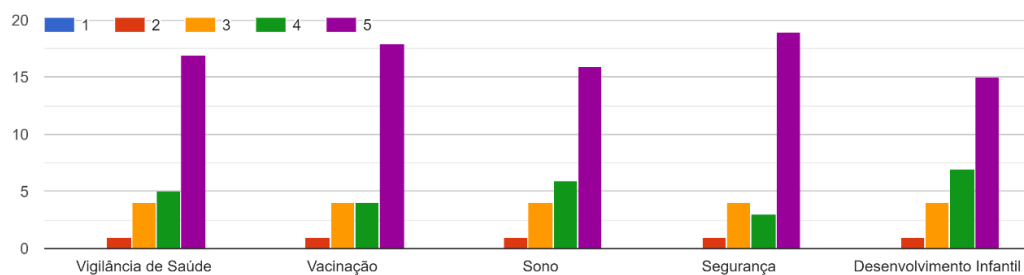
Qual a sua apreciação sobre a os temas partilhados?

27 responses



## Figura 2 – Gráfico representativo da apreciação dos temas abordados.

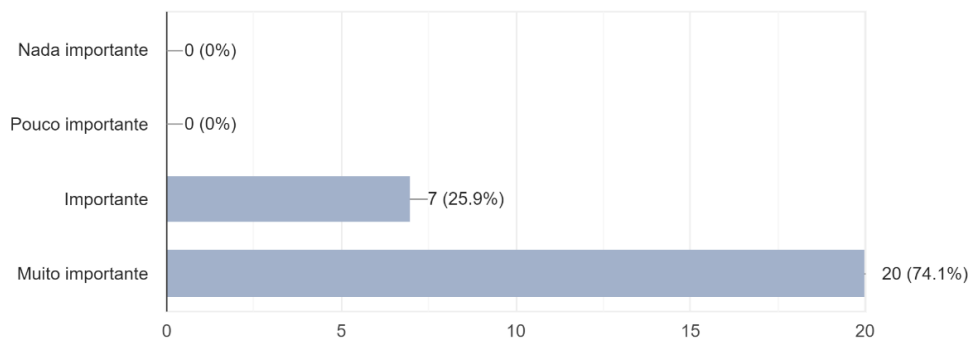
Numa escala de 1 a 5, em que 1 significa "Nada esclarecido" e 5 significa "Totalmente esclarecido", indique para cada tema a sua apreciação.



**Figura 3 – Gráfico representativo do grau de esclarecimento relativo aos temas abordados.**

Considera importante a partilha desta informação por via eletrónica para além das consultas de vigilância do seu filho/filha?

27 responses



**Figura 4 – Gráfico representativo do grau de importância da partilha da informação por via eletrónica.**

A equipa da USF demonstrou também interesse no conteúdo apresentado, referindo que a informação foi apresentada de forma clara, com mensagens positivas e objetivas. A apresentação é agradável e apelativa. Demonstrando interesse para a possível apresentação em cartaz para expor na USF.

Esta atividade foi desafiante uma vez que não conhecendo as necessidades das famílias queria ao máximo ir de encontro a elas, uma vez que estas temáticas são de extrema importância para a saúde e desenvolvimento da criança. No final com o feedback que tive tanto da família como da equipa de saúde consegui atingi o objetivo ao qual me propôs.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, Â., & Melão, N. (2016). O perfil de saúde de crianças vigiadas em consultas de cuidados primários na cidade de Viseu, Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 34(1), 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.07.003>
- Arriaga, M. T. de, Santos, B. dos, Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2018, March). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*. DGS.
- DGS. (2020, September). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. 018/2020.
- European child safety alliance. (n.d.). *Relatório de avaliação de segurança infantil 2012*.
- Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. L. da. (2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery*, 13(1), 188–193. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452009000100026>
- Goldberg, N., Rodriguez-Prado, Y., Tillery, R., & Chua, C. (2018). Sudden infant death syndrome: A review. In *Pediatric Annals* (Vol. 47, Issue 3, pp. e118–e123). Slack Incorporated. <https://doi.org/10.3928/19382359-20180221-03>
- Menezes, H. C. de, & Eloy, S. E. (2009). Segurança das crianças nos ambientes construídos Responsabilidade e boas práticas Child safety in built environments-Responsibilities and good practise. *LNEC*, 26/27, 1–14.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Ordem Dos Enfermeiros*, 14.
- Stiles, J., & Jernigan, T. L. (2010). The basics of brain development. In *Neuropsychology Review* (Vol. 20, Issue 4, pp. 327–348). Springer. <https://doi.org/10.1007/s11065-010-9148-4>
- WHO. (2012). *WHO | Global Vaccine Action Plan 2011-2020*.
- WHO and UNICEF. (2020, July). *WHO and UNICEF warn of a decline in vaccinations during COVID-19*.
- World Health Organization, United Nations Children’s Fund, & World Bank Group. (2018). Nurturing care for early childhood development: Linking survive and thrive to transform health and human potential. In *World Health Organization*.

**Apêndice III – Reflexão sobre a gestão de equipas nos cuidados de saúde**



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

---

LISBOA · PORTO

Unidade curricular Estágio Final e Relatório

# **REFLEXÃO SOBRE A GESTÃO DE EQUIPAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE**

Por  
Filipa Neves

Sob a orientação de Professora Doutora Elisabete Nunes e Enfermeira Especialista Saúde  
Infantil e Pediátrica [REDACTED]

Lisboa, 2020

## ÍNDICE

<b>1. NOTA INTRODUTÓRIA .....</b>	<b>144</b>
<b>2. REFLEXÃO ESTRUTURADA SOBRE GESTÃO DE EQUIPAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE</b>	
<b>DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO .....</b>	<b>145</b>
<b>a. Descrição da situação .....</b>	<b>145</b>
<b>b. Reflexão.....</b>	<b>147</b>
<b>c. Avaliação da reflexão.....</b>	<b>152</b>
<b>3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>154</b>

## 1. NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa do Instituto de Ciências da Saúde no ano letivo 2019/2020 realizei um segundo estágio no serviço de urgência num hospital distrital. A enfermeira que me orientou era enfermeira especialista, com vários anos de experiência no contexto e nas funções de chefe de equipa e a maioria das vezes responsável de turno pelo que, com a sua permissão e generosidade usufruí da sua experiência, conhecimento, atitude para desenvolver as minhas competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica aprofundando os conhecimentos na área de gestão dos cuidados de saúde relativamente à liderança, gestão de recursos às situações e ao contexto, otimização da resposta da equipa. De forma a aprofundar conhecimentos nesta área farei uma reflexão estruturada considerando que através da prática reflexiva tornamos consciente o que fazemos e como fazemos de modo a atingir uma nova compreensão (Santos & Fernandes, 2004). O processo reflexivo desenvolve-se por etapas: inicialmente com a perceção de uma situação significativa, situação de desconforto pessoal e continua com a descrição dos acontecimentos. Posteriormente será feita a análise crítica da situação nos diferentes componentes (fatores de carácter pessoal e contextual) assim como na identificação do conhecimento recente referente ao tema. Este confronto vai permitir a elaboração de um novo juízo a construção de uma nova compreensão (avaliação). Esta reflexão foi feita com base no “Guia para a reflexão estruturada” elaborado por Elvira Santos e Ananda Fernandes (Santos & Fernandes, 2004). No final é mencionada a bibliografia utilizada.

## **2. REFLEXÃO ESTRUTURADA SOBRE GESTÃO DE EQUIPAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO**

### **a. Descrição da situação**

O trabalho em equipa é uma ferramenta central do processo de cuidar. Ocorre no seio da equipa de enfermagem, mas por vezes numa perspetiva mais abrangente na equipa multidisciplinar, inclui enfermeiros, médicos, assistentes sociais, educadores de infância, entre outros. No âmbito da minha prática e no desenvolvimento de competência de enfermeiro especialista surgem-me sempre algumas dúvidas: se estou a desempenhar bem o papel, qual será a melhor forma de conduzir a equipa, como gerir conflitos no seio de equipa, como comunicar de forma efetiva com a equipa, em suma, será que estou a ser capaz de ser uma mais-valia e não um peso para a equipa.

Os enfermeiros encontram-se organizados por equipas, trabalhando por turnos rotativos. Em cada um desses turnos os elementos presentes podem não ser os membros da equipa destacada, sendo frequente não o serem. São distribuídos pelos diferentes sectores, sendo que o chefe de equipa atua como gestor dos recursos humanos e materiais, como elemento circulante ou como elemento prestador de cuidados. Ao acompanhar a enfermeira orientadora permitiu-me observar a união e acumulação de funções de prestação de cuidados e de gestão de equipa. Tive oportunidade, dentro do que me foi possível realizar enquanto estudante, de coadjuvar nas funções de gestão, colaborando na distribuição de profissionais, no gerenciamento da equipa ao longo dos vários turnos e na gestão de materiais. Pude observar o funcionamento da equipa e perceber características boas e menos boas que me fizeram refletir de forma a atingir uma nova compreensão e conhecimento. Observei os conflitos que vão surgindo. Por vezes, a não resolução dos mesmos trás consequências negativas e acarreta um mau funcionamento da equipa. A título de exemplo, numa das situações que pude presenciar, um dos membros da equipa não faz constantemente o seu papel, o que é falado esporadicamente pelos pares, originando algum desconforto, mas nunca sendo resolvido no seio da equipa e em equipa. Observei alguns valores e princípios da equipa que favorecem o seu desenvolvimento, tais como a disciplina, cada elemento tinha as suas tarefas bem definidas dentro da equipa e os métodos de comunicação eram simples e assertivos, o que resultava num fácil entendimento de todas as partes, evitando mal-entendidos, que são potenciadores de gerar situações mais confusas.

No que respeita à distribuição dos profissionais pelas equipas, por vezes é uma tarefa complexa, visto que a equipa raramente é a mesma ao longo dos turnos. Pela experiência que tenho, a convivência e a partilha constante do dia-a-dia com os mesmos elementos faz com que os valores de equipa, de pertença e de conhecimento mútuo saiam aumentados. Neste caso é muito difícil de acontecer pois as equipas ao longo dos turnos raramente são compostas pelos mesmos elementos. Obviamente que isto não acontece por obra do acaso; existem diversas variáveis e especificidades que levam a este tipo de funcionamento. A especificidade do contexto de trabalho é uma delas: na triagem apenas podem ser destacados elementos com experiência no serviço superior a três anos e que tenham o curso de Triagem de Manchester. Outra especificidade interessante do contexto atual é a zona de COVID; sendo uma zona em que existem todas as valências da urgência (zona de triagem, observação, sala de tratamento, reanimação) e o número de elementos é variável relativamente às necessidades do momento e cada enfermeiro só pode permanecer durante 4h consecutivas nesta zona. Paralelamente à zona COVID existe um serviço de urgência para todas as outras patologias que não tenham sintomatologia COVID também com todas as valências da urgência a funcionar. Com todas estas condicionantes existem na prática dois serviços a funcionar em paralelo dentro do mesmo serviço de urgência. O número ideal de enfermeiros por turno seria um para cada zona, perfazendo um total de 6 elementos, mas isto não se verifica; apenas estão escalados 4 a 5 enfermeiros por turno.

Outra especificidade deste contexto está relacionada com o grau de apoio que é preciso ministrar tendo em vista as necessidades e a experiência de cada pessoa. Atualmente o serviço tem um grande número de elementos muito recentes, com menos de um ano de serviço, e outros ainda a no processo de integração. Com isto é necessário adequar a distribuição de enfermeiros para que possam continuar a desenvolver o seu processo formativo e a mesmo tempo dar respostas às necessidades das crianças e famílias que recorrem ao serviço de urgência.

Para além desta enorme tarefa que é distribuir os enfermeiros atendendo a todas estas especificidades, o chefe de equipa/responsável de turno atua como líder em situações de emergência, gere conflitos, gere, para além da equipa intradisciplinar, a equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros, assistentes operacionais e outros profissionais necessários ao cuidados do doente (assistente social, assistentes da copa) e assegura os stocks adequados de material quando necessário.

Tudo isto desenvolveu sem dúvida a minha sensibilidade para esta questão e a minha admiração por quem desempenha este papel de liderança. Ao mesmo tempo que tem de

desempenhar este papel, tem de prestar cuidados e garantir que com as decisões tomadas os cuidados prestados à criança e família sejam de qualidade e com toda a segurança.

## **b. Reflexão**

O trabalho em equipa é uma ferramenta central do processo de cuidar. Uma equipa eficaz é globalmente reconhecida como uma ferramenta essencial para a construção de cuidados de saúde mais eficazes e centrados no doente (Babiker et al., 2014). Podendo definir a equipa como um conjunto de duas ou mais pessoas que interagem de forma dinâmica, interdependente e adaptativa em direção a uma meta/objetivo/missão comum e cada pessoa tem atribuído um papel ou função específica para desempenhar (Babiker et al., 2014). A natureza de uma equipa é variada e complexa na medida em que as necessidades do doente são cada vez mais complexas e não podem ser abordadas por um só profissional, mas sim por uma equipa, que pode ser constituída por apenas um grupo profissional ou, na maioria das vezes, por vários profissionais de várias categorias e formações diferentes (Babiker et al., 2014). De acordo com o artigo 112º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, o enfermeiro como membro da equipa de saúde, assume o dever de

*“atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma, trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde e integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria (2015, p. 87).*

Trabalhar em equipa requer, de cada um, sentir-se realmente como membro de uma equipa. Sem este sentimento, dificilmente um conjunto de pessoas se tornará uma equipa (LACCORT & DE OLIVEIRA, 2017)

Algumas pesquisas têm mostrado que qualquer equipa que se forme e desenvolve de forma a tornar-se coerente, eficaz e forte tem de passar por várias etapas, sendo elas a formação, o conflito, a regulação e o desempenho (Babiker et al., 2014; Loureiro, 2012). Após passarem por este processo de formação continuam a desenvolver-se (Babiker et al., 2014) e quando uma equipa está bem definida e cimentada existe maior coordenação no trabalho pois existe um conhecimento mais profundo dos elementos tanto a nível pessoal como profissional (Loureiro, 2012). Quando em cada turno está presente um conjunto de pessoas diferentes à da equipa pode acarretar mais dificuldades para a construção de uma equipa eficaz pois é necessário um grande

conhecimento de todos os elementos, pois cada pessoa tem as suas opiniões, costumes, culturas e diferenças, não existindo marcos de referência construídos de forma compartilhada. Todos os elementos devem conhecer-se de forma a criar-se um local harmonioso, onde possa haver espaço para compartilhar ideias de modo a que cada pessoa saiba o que é necessário fazer e como deve ser feito (Rosengarten, 2019), de forma a serem construídos objetivos comuns. Assim cada membro da equipa tem noção da missão da mesma e compreensão e aceitação dos papéis, funções e responsabilidades de cada um. Deve também existir cooperação ativa e confiança mútua, na qual os profissionais se exprimem livremente e sem receios, onde respeitam e apreciam o papel uns dos outros, assim como os talentos, as crenças e as contribuições profissionais, aceitando e incentivando a diversidade de opiniões entre os membros (Babiker et al., 2014). O trabalho em equipa não é algo que surge naturalmente; uma equipa tem características que a diferencia e que permitem atingir níveis de qualidade e eficácia no desempenho das tarefas (Santosa et al., 2010). O facto de se trabalhar em equipa proporciona a reflexão e a partilha de experiências. Consegue-se discutir os cuidados, as atitudes e práticas, numa tentativa de ver outros pontos de vista, repensar os cuidados e em última análise melhorar a prestação. Sendo favorável introduzir na equipa os cuidados de saúde baseados em evidências que melhoram a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde, bem como os resultados do doente, reduzem os custos e aumentam a satisfação profissional (Välimäki et al., 2018).

O processo de comunicação é fundamental para o sucesso do trabalho em equipa. A comunicação pode ser definida como “uma combinação de comportamentos verbais e não verbais integrados com o propósito de compartilhar informações” Underman Boggs 2011 citado por (Rosengarten, 2019). A comunicação ocorre por meio de vários métodos verbais e não verbais, incluído a conversa presencial, telefonemas, mensagens escritas ou documentação, linguagem corporal e expressão facial (Rosengarten, 2019). A equipa de enfermagem da urgência apresenta algumas técnicas eficazes de comunicação, sendo uma delas a utilização de um documento em formato eletrónico onde registam todas as intercorrências, recados, informações necessárias a transmitir à equipa, deste modo todos os elementos têm acesso à informação.

Uma característica essencial à comunicação é ouvir o outro; uma pessoa pode comunicar de forma consistente, mas se ninguém o ouvir, a comunicação falhará (Rosengarten, 2019). Podendo-se assinalar como as principais qualidades da comunicação para o trabalho em equipa a escuta ativa, verificar a precisão das informações, manter registos de comunicação relevantes e atualizados, gerir barreiras para uma comunicação eficaz e tornar todos os membros da equipa cientes do seu papel e do papel dos outros (Rosengarten, 2019).

Muitas das vezes as falhas de comunicação vão gerar conflitos na equipa, pude presenciar em contexto de estágio alguns dos conflitos que podem surgir no seio de uma equipa sendo um deles o não desempenhar dos papéis atribuídos, a comunicação inadequada, mal-entendidos. Sendo o conflito um estado antagónico de ideias, pessoas ou interesses, não passando da existência de opiniões diferentes e de situações divergentes ou incompatíveis (Silva et al., 2018). As fontes mais comuns que desencadeiam situações de conflito são: problemas de comunicação, estrutura organizacional, disputa de papéis, escassez de recursos, mal-entendidos e falta de compromisso profissional (Spagnol et al., 2010). Estes podem tornar-se prejudiciais à organização, se não forem conduzidos corretamente, interferindo de forma negativa na motivação dos membros da equipa (Spagnol et al., 2010). O enfermeiro, no seu papel de líder, deve intermediar situações de conflito na equipa por meio de uma boa comunicação e imparcialidade diante das situações a fim de manter a harmonia no ambiente de trabalho (Silva et al., 2018). Um conflito mal resolvido pode afetar a harmonia da equipa e conseqüentemente afetar a assistência ao doente. Existem várias formas de gerir um conflito sendo uma delas o “estilo de administração de conflitos” que propõem cinco formas de gerir o conflito. Durante o conflito é observado o comportamento das pessoas, fazendo com que o mesmo possa ser mapeado em duas dimensões que são a assertividade, onde o indivíduo está á procura de satisfazer os seus interesses, e a cooperação, onde se mede o quanto a pessoa está em interessada em satisfazer os interesses do outro. Tendo isto por base há a definição dos 5 métodos de gerir as situações conflituosas, que são: competição, acomodação, afastamento, acordo e colaboração (Silva et al., 2018).

Muitas vezes é inevitável surgirem situações de conflito visto que as pessoas se colocam em posições antagónicas. A partir das suas divergências de perceção e de ideias os conflitos organizacionais devem ter um carácter positivo sendo aproveitados como catalisadores de mudanças pessoais, grupais e organizacionais, que impulsionam o crescimento pessoal, a inovação e a produtividade (Spagnol et al., 2010).

Advém a necessidade no seio da equipa não só de que nos oiçam, mas também de sabermos ouvir e utilizar algumas estratégias de forma a melhorar a comunicação no seio da equipa de forma a ajudar a melhorar a comunicação na prática e assim como a atitude dos indivíduos em relação a ela (Rosengarten, 2019). Algumas das estratégias que ajudam a melhorar a comunicação são: utilizar ferramentas para auxiliar a comunicação, conhecer os métodos de comunicação, envolver toda a equipa na comunicação e desafiar comportamentos negativos na comunicação (Babiker et al., 2014). É importante consciencializar as equipas que diferentes membros podem comunicar de diferentes maneiras podendo estes ser influenciados pela cultura, disciplina ou nível de experiência da pessoa (Rosengarten, 2019). A título de exemplo temos a

falta de compreensão da linguagem dos elementos mais recentes em relação aos elementos mais experientes da equipa. Para um elemento recém-chegado é mais fácil quando é integrado numa equipa já estabelecida pois é inserido num grupo de elementos de menor dimensão e com uma dinâmica de funcionamento própria, onde se pode sentir acolhido e dispor de mais atenção e acompanhamento dos elementos mais experientes (Loureiro, 2012). No local onde estagiei isto acaba por não se verificar pois apesar das pessoas pertencerem a uma equipa, é apenas uma equipa “no papel”, ou seja, o que acontece na prática é que durante os diversos turnos que observei as equipas no terreno têm quase sempre elementos diferentes.

Para além destas características na equipa certos valores e princípios devem ser partilhados e comunicados de forma transparente entre os membros da equipa. Sendo crucial para a equipa existir honestidade entre todos os membros, incluindo a transparência nos objetivos, decisões, incertezas e erros pois é assim se consegue um desenvolvimento contínuo e se mantém a confiança (Babiker et al., 2014). A confiança é um valor chave no trabalho em equipa e é fundamental para que todos os membros possam confiar uns nos outros, principalmente para ajudar a reconhecer falhas, independentemente de onde estejam na hierarquia (Rosengarten, 2019). É necessário desenvolver a responsabilidade mútua em que todos devem de estar comprometidos em alcançar os objetivos.

Este modo de funcionamento é fundamental num local como o serviço de urgência pediátrica porque quando o doente agarrava é necessário ter uma equipa coesa, em que cada um sabe as suas funções e responsabilidades o que vai o permitir atuar o mais rápido possível, com segurança e confiança.

Para que todo este trabalho surja na equipa é necessário existir alguém que tenha a tarefa de guiar, dirigir, motivar e inspirar o grupo em direção ao objetivo comum (Hallock, 2019). No decorrer do estágio tive a oportunidade de observar que um enfermeiro líder é alguém que pode inspirar outras pessoas a trabalharem juntas na busca de um objetivo comum, como a melhoria do atendimento à criança e sua família. Houve uma situação de uma criança de 5 meses em que a mãe recorreu à urgência porque estava com dificuldade em alimentá-lo. O bebé ingeria cerca de 30ml de leite e após isso apresentava um grande desconforto gastrointestinal com choro inconsolável. Esta situação já se arrastava á cerca de 2 meses, mas apesar disso o recém-nascido apresentava um bom desenvolvimento e uma boa evolução de peso. No entanto foi graças à intervenção da chefe de equipa de enfermagem que conseguiu com as competências perceber a situação e envolver a equipa para a resolução do problema daquela criança e família, pois não seriam aparentemente só cólicas; seria mais alguma coisa que tinha de se investigar e perceber. O

enfermeiro chefe de equipa deve ser capaz de pensar criticamente, resolver problemas, respeitar as pessoas, comunicar com habilidade (Rosengarten, 2019), definir metas de curto e longo prazo e articulá-las com eficácia e ter a capacidade de colaborar (Hallock, 2019).

A liderança é um processo dinâmico que envolve valores, comportamentos e recursos coletivos (Thusini & Mingay, 2019). A familiarização com os modelos de liderança e a sua aplicação na prática clínica é importante porque encontram-se nos serviços muitas situações diferentes todos os dias, e nenhum estilo de liderança em particular é adequado para todas as situações. Aplicar diferentes estilos de liderança a diferentes situações parece ser mais eficaz uma vez que vários estilos de liderança e teorias são relevantes para atingir os objetivos da prática de enfermagem (Xu, 2017).

A Liderança requer prática. A liderança não é uma função que é praticada uma vez e depois dominada (Xu, 2017). As habilidades de liderança não são inatas na maioria das pessoas, mas são aprendidas e dominadas ao longo do tempo (Hallock, 2019). O desenvolvimento de habilidades de liderança é uma jornada contínua que começa com o conhecimento e a compreensão de si mesmo. O desenvolvimento de habilidades de liderança é importante para aprimorar o caráter pessoal; ele fornece aos líderes as ferramentas necessárias para alcançar o sucesso em suas carreiras como prestadores de cuidados de saúde (Xu, 2017). No contexto de urgência pediátrica a equipa é responsável pela prestação de cuidados às crianças e famílias que recorrem à urgência durante o turno independentemente do número ou tipo de situações clínicas que apresentam (Loureiro, 2012). O chefe de equipa tem a função de organizar a equipa para que esta preste cuidados de enfermagem de qualidade, mas esta tarefa não é fácil, principalmente durante a situação de pandemia que estamos a vivenciar em existe escassez de profissionais e à maiores exigências. Quando se trabalha em equipa há possibilidade de mobilizar recursos no sentido de uma maior adequação dos cuidados. Este não é um processo fácil pois é necessário conhecer bem a dinâmica do serviço e cada um dos elementos que constituem a equipa. As decisões devem de ser partilhadas em equipa, e ter um consenso entre os membros (Loureiro, 2012).

A liderança de e por enfermeiros é necessária em todos os níveis e em todos os ambientes de cuidados de saúde (Hallock, 2019). Segundo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº 140/2019, de 6 de fevereiro estabelece no seu artigo 4º a gestão dos cuidados como um dos quatro domínios da prestação de cuidados. Definindo no artigo 7º que o enfermeiro especialista deve gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às

situações e ao contexto de forma a garantir a qualidade dos cuidados. Por isso os enfermeiros enquanto líderes devem procurar aperfeiçoar-se continuamente, aliando conhecimento técnico-científico e habilidades pessoais para liderar, correspondendo às expectativas da organização e da equipa, proporcionando uma prática mais crítica, reflexiva e participativa OE (2019). Um líder por excelência não fica á espera que as mudanças ocorram; o líder criar a mudança, proporcionando a todos um ambiente cada vez mais aprazível e acolhedor (Hallock, 2019).

### c. **Avaliação da reflexão**

O trabalho em equipa não pode ser considerado como uma atividade automática, mas sim uma habilidade que deve ser desenvolvida com efetividade sendo o método ideal de prestação de cuidados visto que o trabalho de equipa eficiente e eficaz oferece benefícios tanto para profissionais como para as crianças e suas famílias na medida que aumenta a segurança do doente, melhora os cuidados prestados e torna o local de trabalho mais positivo, envolvente e resiliente.

Gerir uma equipa é algo bastante desafiante. Temos de ter sempre em mente que uma equipa é um elemento vivo, constituído por pessoas singulares com os seus próprios desejos e anseios, mas que devem trabalhar em prol de um objetivo comum. A gestão de cada elemento é por si só um desafio, mas nunca deveremos esquecer que o bem maior será sempre a equipa como um todo. Este bem maior passa, em grande parte, por conseguir gerir as expectativas de todos os elementos, algo que é muito importante em todos os vetores das nossas vidas, quer profissionais, quer pessoais.

Considero ter sido uma experiência muito enriquecedora a passagem por este local de estágio pois mostrou-me a importância tanto do trabalho em equipa como do desafio que é conseguir gerir as pessoas que constituem a equipa. Cada vez mais neste mundo tão dinâmico como o nosso, onde a imprevisibilidade é muitas vezes o horizonte diário, é importante ter um líder forte que congregue os elementos das equipas em torno de um objetivo comum e que os ajude a desenvolver e a crescer. É nas situações de maior *stress* que os verdadeiros líderes aparecem por forma a conseguirem extrair o que de melhor há nas pessoas que constituem as suas equipas, ajudando-as, motivando-as, mostrando o caminho. É importante pois, na minha opinião, que se continue a apostar cada vez mais em ações de formação sobre liderança e de aspetos comportamentais com a finalidade de obtermos líderes cada vez mais qualificados que

consigam aliar não só os aspetos técnicos da sua função, mas principalmente as suas capacidades de motivar e desenvolver os outros.

Durante este estágio pude cimentar uma ideia que já trazia dentro de mim acerca da forma de liderança com a qual me identifico mais. Essa forma é a forma de liderar pelo exemplo: não pedir nada que eu não faça, ajudar sempre que me é solicitado e interessar-me todos os dias pelas pessoas da equipa com vista a promover o seu desenvolvimento e o bem-estar dentro da mesma.

Espero de futuro poder colocar em prática estas aprendizagem pois considero que as mesmas poderão ser uma mais valia nas equipas onde poderei dar o meu contributo.

### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Babiker, A., El Hussein, M., Al Nemri, A., Al Frayh, A., Al Juryyan, N., Faki, M. O., Assiri, A., Al Saadi, M., Shaikh, F., & Al Zamil, F. (2014). Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudanese Journal of Paediatrics*, 14(2), 9–16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27493399>
- Hallock, A. B. (2019). A Case for Leadership Development in Nursing Practice. *Nephrology Nursing Journal : Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 46(3), 325–328.
- LACCORT, A. D. A., & DE OLIVEIRA, G. B. (2017). A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM. *Revista UNINGÁ Review*, 29(3). <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1976>
- Loureiro, F. (2012). Trabalho de Equipa na Urgência Pediátrica . *Sinais Vitais* , 105, 33–37. <http://sinaisvitais.pt/formasau/documents/RSV105/RSV105W2.pdf>
- Rosengarten, L. (2019). Teamwork in nursing: essential elements for practice. *Nursing Management (Harrow, London, England : 1994)*, 26(4), 36–43. <https://doi.org/10.7748/nm.2019.e1850>
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*, 11, 59–62. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2064&id\\_revista=5&id\\_edicao=10](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10)
- Santosa, M. C. dos, Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomesa, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47–57. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583>
- Silva, M. M., Teixeira, N. L., & Draganov, P. B. (2018). Desafios do Enfermeiro no gerenciamento de conflitos entre a equipe de Enfermagem. *Revista de Administração Em Saúde*, 18(73). <https://doi.org/10.23973/ras.73.138>
- Spagnol, C. A., Santiago, G. R., Campos, B. M. de O., Badaró, M. T. M., Vieira, J. S., & Silveira, A. P. O. (2010). Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: A visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 44(3), 803–811. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300036>

- Thusini, S., & Mingay, J. (2019). Models of leadership and their implications for nursing practice. *British Journal of Nursing*, 28(6), 356–360. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.6.356>
- Välimäki, T., Partanen, P., & Häggman-Laitila, A. (2018). An Integrative Review of Interventions for Enhancing Leadership in the Implementation of Evidence-Based Nursing. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(6), 424–431. <https://doi.org/10.1111/wvn.12331>
- Xu, J.-H. (2017). Leadership theory in clinical practice. *Chinese Nursing Research*, 4(4), 155–157. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2017.10.001>

**Apêndice IV** – Relatório da Sessão de Formação: “Cuidados à criança – Promovendo o desenvolvimento infantil”



CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

Relatório da sessão de formação

# **Cuidados à criança**

## **Promovendo o desenvolvimento infantil**

Por Filipa Neves

Sob a orientação de Professora Doutora Elisabete Nunes e Enfermeira Especialista Saúde  
Infantil e Pediátrica [REDACTED]

Lisboa, 2020

## ÍNDICE

1.	NOTA INTRODUTÓRIA .....	159
2.	PLANO DA SESSÃO FORMATIVA .....	161
3.	DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA .....	163
4.	APRESENTAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA .....	164
5.	AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA .....	174
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	176

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Plano da sessão de formação .....	162
Figura 1 – Documento de divulgação no serviço de urgência pediátrica.....	163
Figura 2 - Formulário de avaliação do formador e da sessão.....	174
Figura 3 – Gráfico representativo da apreciação da formação realizada.....	175

## 1. NOTA INTRODUTÓRIA

A Ordem dos Enfermeiros, no enunciado dos Padrões de Qualidade dos Cuidados da Enfermagem (2002), refere que *“o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros”* (OE, pág. 10). Quer seja em contexto académico, quer seja em contexto de local de trabalho, as buscas pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados, pela multifuncionalidade, pelo melhor e maior desempenho, levam a uma necessidade quase constante de formação (FONSECA, 2015).

Por meio da formação contínua e da experiência profissional, os enfermeiros desenvolvem competências que permitem o desenvolvimento de uma prática profissional complexa e personalizada (FONSECA, 2015).

Durante a minha colaboração na prestação de cuidados no serviço de urgência pediátrica e após diálogo com a enfermeira orientadora, surgiu o interesse da equipa na necessidade formativa sobre os cuidados ao recém-nascido relativamente às questões ligadas à amamentação. Na perceção da equipa surgem muitas situações consideradas não urgentes relacionados com cuidados ao recém-nascido. Pelo fato da equipa ser muito nova e este tema não ser um foco de atenção à priori surgem por vezes dúvidas na prestação de cuidados a estas crianças e famílias. Na literatura refere-se que ao longo dos últimos anos tem-se verificado um aumento de afluência dos recém-nascidos aos serviços de urgência pediátrica. Algumas das razões referenciadas prendem-se com a tendência para a alta precoce após o parto reduzindo o tempo de ensino dos cuidados gerais ao recém-nascido. Este facto, aliado à inquietude parental e falta de apoio familiar, educacional ou sociocultural faz com que muitas das questões de saúde do primeiro mês de vida passem a ser avaliadas nos serviços de urgência pediátrica (Garcia et al., 2016).

Por esse motivo, no meu percurso de estágio, trabalhei o tema mencionado. Inicialmente em conversas informais com vários elementos fui percebendo que temas gostavam de ver abordados na formação, posteriormente realizei o plano de formação

presente na figura 1 e divulguei a formação no serviço através do documento na figura 2, que foi exposto no serviço de forma a que os profissionais pudessem estar presentes.

O tema fundamentou-se no conhecimento científico atual e no manual de aleitamento materno da Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés do Comité Português para a UNICEF (Levy & Bértolo, 2012). Elaborei o *PowerPoint* que responde às questões colocadas pela equipa.

## 2. PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

**Tema:** Cuidados ao recém-nascido de forma a promover o desenvolvimento infantil

**Local:** sala de trabalho do serviço de urgência pediátrica

**Data:** 2,3,4 / 11 /2020

**Duração:** 20 minutos

**Formador:** Filipa Neves

**Objetivo Geral:** Aprofundar conhecimentos relativamente à promoção de saúde do recém-nascido e lactente.

**Objetivos Específicos:**

- Explicar a importância da amamentação;
- Enunciar estratégias que facilitem a amamentação;
- Identificar possíveis problemas decorrentes da amamentação;
- Referir os cuidados associados à estimulação, extração e conservação do leite materno;
- Abordar os cuidados relativamente à promoção do conforto do lactente;
- Abordar a temática da aprendizagem precoce;

Fase	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Duração
Introdução	- Apresentar formadora, tema e objetivos da sessão	- Apresentação formadora - Contextualização - Apresentação objetivos	Expositiva	3 min
Desenvolvimento	- Explicar a importância da amamentação; - Enunciar estratégias que facilitem a amamentação - Identificar possíveis problemas decorrentes da amamentação - Referir os cuidados associados à estimulação, extração e conservação do leite materno - Abordar os cuidados relativamente à promoção do conforto quando o lactente - Abordar a temática da aprendizagem precoce	- Amamentação: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constituição leite materno</li> <li>• Como colocar bebé à mama</li> <li>• Obstáculos à amamentação</li> <li>• Estimulação, extração e conservação do leite materno</li> <li>• Incompatibilidades sobre a amamentação</li> </ul> - Vigilância de saúde das crianças até aos 2 anos - Como aliviar as cólicas do lactente - Aprendizagem precoce com atividades que promovem o desenvolvimento até os 2 anos	Expositiva e participativa	10 min
Conclusão	- Debater temas abordados e esclarecer dúvidas	- Debate de temas abordados e esclarecimento de dúvidas	Expositiva e participativa	5 min
Avaliação	- Aplicar questionário de avaliação	- Questionário	Participativa	3 min

**Quadro 1** - Plano da sessão de formação

### 3. DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

# Formação em Serviço

## CUIDADOS À CRIANÇA

*Promovendo o desenvolvimento infantil*

---

2, 3 E 4 DE NOVEMBRO DE 2020

Formador: Filipa Neves  
(Aluna do Mestrado em Enfermagem Saúde infantil e Pediátrica  
Sob a orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes  
e da Enfermeira ██████████)

**Objetivo Geral:** Aprofundar conhecimentos relativamente à promoção de saúde do recém-nascido e lactente.

**Objetivos Específicos:**

- Explicar a importância da amamentação;
- Enunciar estratégias que facilitem a amamentação;
- Identificar possíveis problemas decorrentes da amamentação;
- Referir os cuidados associados à estimulação, extração e conservação do leite materno;
- Abordar os cuidados relativamente à promoção do conforto do lactente;
- Abordar a temática da aprendizagem precoce;

**Figura 1** – Documento de divulgação no serviço de urgência pediátrica.

## 4. APRESENTAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA



Filipa Neves out. 2020

### Sumário

<b>1</b> Introdução	<b>2</b> Nutrição
<b>3</b> Saúde	<b>4</b> Cuidados responsivos
<b>5</b> Aprendizagem precoce	<b>6</b> Conclusão

## 1 Introdução

- Os cuidados nutritivos – definidos como os cuidados:
- prestados num ambiente estável,
  - sensíveis às necessidades nutricionais e de saúde das crianças,
  - proteção contra ameaças,
  - oportunidades de aprendizagem precoce
  - interações que são responsivas, emocionalmente favoráveis e estimulantes do desenvolvimento
- (WHO, 2020)



Figura 1 – Domínios dos cuidados nutritivos, segundo organização mundial de saúde. (WHO, 2020)



## 2 Nutrição

- Os bebés prosperam com a amamentação exclusiva desde o nascimento até os 6 meses de idade.
- A partir dos 6 meses, os bebés precisam de alimentos complementares suficientemente frequentes e diversos, com micronutrientes, necessários para o rápido crescimento do seu corpo físico e do cérebro, além do leite materno.
- A suplementação de micronutrientes e o tratamento para a desnutrição são necessários quando a dieta diária das crianças não suporta o crescimento saudável.

## 2 Amamentação

Amamentar é muito mais do que alimentar também promove o vínculo afetivo entre mãe e filho e tem repercussões no desenvolvimento das crianças, na saúde e na proteção de infeções.



## 2 Amamentação



Mostrar às mães como amamentar é uma mistura complexa de intervenções de apoio - práticas, emocionais, motivacionais ou informativas.

Leite Materno

Colocar bebê à mama

Alguns obstáculos à amamentação

Extração de leite materno

## 2 Amamentação

Leite Materno

Colocar bebê à mama

Alguns obstáculos à amamentação

Extração de leite materno

### *O leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento saudável e harmonioso do bebê.*

O leite humano também contém centenas a milhares de moléculas bioativas distintas que protegem contra infecção e inflamação e contribuem para a maturação imunológica, desenvolvimento de órgãos e colonização microbiana saudável.



#### Vantagens

- Nutricionais: composição adequada, melhor digestibilidade e melhor biodisponibilidade dos nutrientes, incluindo uma boa relação cálcio:fósforo;
- Inúmeras substâncias protetoras e imunomoduladoras: promovem um melhor desenvolvimento cognitivo, menor incidência e/ou gravidade de infecções de foro gastrointestinal, respiratório e urinário;
- Tem efeito protetor contra alergias;
- Diminui risco de obesidade, diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares;
- Diminui risco de carie dentária;

## 2 Amamentação

Leite Materno

Colocar bebê à mama

Alguns obstáculos à amamentação

Extração de leite materno



**O leite materno é uma substância viva que se altera para responder às necessidades crescentes e ao desenvolvimento da criança. O corpo produz todos os nutrientes certos na quantidade e volume corretos de leite para responder às necessidades do bebê a cada momento.**

É um alimento completo e em constante mudança. A sua composição varia:



#### Ao longo do tempo

- Colostro: é o primeiro leite. Possui altas concentrações de proteína e baixa concentração de lactose e gordura. Grande concentração imunoglobulinas, importante para desenvolvimento do sistema imunitário.
- Leite de transição: surge alguns dias após o parto (2 a 3 dias) e em maior quantidade. A "subida do leite" acontece entre o 5º e o 6º dia;
- Leite maduro: surge 2 a 3 semanas após o parto e mantém-se até aos desmame.



#### Ao longo do dia

- A composição do leite depende dos alimentos que a mãe consome nas diferentes refeições.
- Importante que a mãe tenha uma alimentação diversificada.



#### Ao longo da mamada

- O leite inicial é rico em proteínas, lactose, vitaminas e água.
- O Leite final é rico em gordura.

**2 Colocar o bebê à mama**

**Bebê vai à mama e não a mama ao bebê**

- A mãe deve estar numa posição confortável (sentada/deitada).
- O bebê deve estar deitado de forma que a cabeça, ombros e as nádegas formem uma linha reta ("barriga com barriga").
- Colocar o bebê, virado para a mama, de modo que o nariz fique em direção ao mamilo.
- Coloque os dedos, polegar acima da aréola e restantes abaixo da mesma, junto ao tórax.
- Direcione o mamilo para o céu da boca e toque com o mamilo nos lábios do bebê para que ele abra a boca e abocanhe a mama.
- O lábio inferior deve ficar abaixo do mamilo virado para fora e o queixo fica pressionado contra o peito.
- Idealmente, o nariz deve estar inclinado quando corretamente posicionado.
- Pode ver-se mais aréola acima do que abaixo da boca do bebê.

**Sinais de boa pega**

Fonte: <https://canilacurry.com/amamentacao-sabe-como-e-pega-correta/>

**2 Colocar bebê à mama**

**Posicionamentos para amamentar**

**Sentada Tradicional**

**Cruzada**

**Invertida ou rugby**

**Cavaleiro**

**Deitada**

**2 Alguns obstáculos à amamentação**

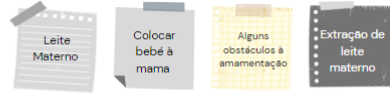
**Produção leite**

Para a promoção do aleitamento materno, é importante disponibilizar informações claras, precisas, com base científica, sobre o aleitamento materno e possíveis dificuldades em amamentar.

- Os sentimentos interferem com a produção do leite;
- Amamente o seu bebê o mais cedo possível;
- A sucção do bebê estimula a produção de leite;

Facilita a produção, se sentir:	Dificulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confiança</li> <li>• Prazer</li> <li>• Tocar, olhar e ouvir o bebê</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress</li> <li>• Dor</li> <li>• Preocupação</li> </ul>

## 2 Alguns obstáculos à amamentação



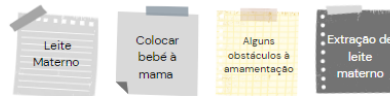
### Produção leite – Efeito inibidor

- Antes da subida de leite o bebê pode mamar nas duas mamas ou só numa;
- Durante e após a subida de leite deve esvaziar primeiro uma mama e só depois passar para a outra se não ficar satisfeito;
- Na mamada seguinte inicie pela mama que o bebê não mamou ou que não esvaziou.



Adaptado da OMS/UNICEF

## 2 Alguns obstáculos à amamentação



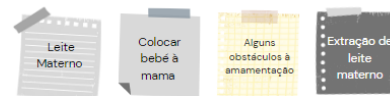
### Pouco leite/ Choro do bebê

- O bebê deve mamar em horário livre, no mínimo 8 vezes por dia;
- O bebê deve esvaziar por completo uma mama, largar espontaneamente e só depois deve mamar na outra, se ainda apresentar sinais de fome;
- Durante a mamada o bebê não deve estar muito aquecido para não adormecer facilmente;
- Iniciar a mamada acordado mas calmo sem estar a chorar;
- Cerca de 15/20 dias após o nascimento o apetite do bebê aumenta
- pode mamar nas duas mamas e ficar insatisfeito. Aumentar a frequência das mamadas e ao final de 24 a 48h a mãe aumenta a produção de leite;
- Quando o bebê está com amamentação exclusiva não é necessário oferecer água.

### Diminuição da produção de leite

- Aumentar a frequência das mamadas: quanto mais o bebê mamar, mais leite será produzido. Amamentar em regime livre.
- Esvaziar a mama, extraindo o leite com uma bomba no final de cada mamada (Realizar apenas em situações de diminuição da quantidade de leite e quando RN tem dificuldades na sucção e não consegue extrair o leite).
- Repousar sempre que possível. Quando a mulher dorme, o nível de prolactina aumenta (hormona que induz a produção do leite);
- Ingerir líquidos (1,5l água);
- Ter uma alimentação variada e adequada;
- Gerir o stress;
- Verificar posicionamento e pega;
- Aconselhar a toma de promil (devido à substância Siliimarina, que é extraída da planta - Cardo Mariano)

## 2 Alguns obstáculos à amamentação



### Ingurgitamento mamário

- Mamas tensas, quentes e dolorosas;
- Amamentar com mais frequência e controlar a ingestão de líquidos;
- Aplicar água morna antes de iniciar a mamada e, após a mesma, aplicar água fria ou gelo durante 10min, para diminuir edema e dor.



### Fissura do mamilo

- Verificar e corrigir a pega;
- Colocar uma gota de leite no mamilo e aréola após mamada e/ou aplicar creme para regeneração do mamilo.



## 2 Alguns obstáculos à amamentação



### Bloqueio dos ductos

- Quando algum dos ductos que drenam o leite fica obstruído, a mãe pode sentir um nódulo doloroso, pode haver dor ou calor e rubor, mas sem febre;
- Aumentar a frequência das mamadas;
- Amamentar em diferentes posições;
- Aplicar água quente nas mamas antes de amamentar;
- Massajar o local dos nódulos em direção aos mamilos.



### Mastite

- Parte da mama fica avermelhada, quente, com inchaço e dolorosa;
- Febre e mal-estar geral;
- Tratamento com antibioterapia;
- Pachos de água quente antes e durante a mamada;
- Após mamada aplicar gelo;
- Não amamentar se secreção purulenta.



## 2 Extração leite materno



### Extração de leite

A mãe deve:

- Lavar as mãos antes de iniciar a extração;
- Escolher um local com privacidade e com tudo o que se precisa ao alcance;
- Se necessário, colocar compressas quentes sobre o peito ou massajar o peito, fazendo movimentos circulares à volta da auréola antes de iniciar a extração de leite, para estimular a descida e o fluxo do leite;
- Descansar o máximo de tempo possível

**Extração manual:** a mãe comprime o peito com a mão em direção ao mamilo e provoca a saída do leite;



**Estimulação da lactação e Extração de leite com bomba:**

- Estimulação - 10 min. em cada mama;
- Extração - até esvaziar a mama;
- Frequência de 3 em 3h ou idêntica à frequência com que o RN é alimentado.



## Conservação e transporte do leite

- Devem ser usados recipientes apropriados lavados e esterilizados para extrair e armazenar o leite.



### Identificar

o recipiente com a data e hora de quando o leite foi Extraído.



### Leite Materno

Extraído pode ser utilizado para alimentar o bebê durante um período de tempo variável dependendo de como foi conservado.



### Conservação

- 6 horas à temperatura ambiente (até 25°C);
- 48 horas no frigorífico;
- Congelador até 3 meses (1 mês por cada \*)
- Arca congeladora até 6 meses



Nunca juntar leite materno acabado de extrair (morno) ao leite materno já frio ou congelado.



### Descongelação

- Deve ser feita no frigorífico. Em caso de urgência em água tépida e deve ser consumido de imediato.
- Micro-ondas continua a não estar indicado

### Leite materno descongelado:

- Consumido nas 24 horas seguintes;
- Não recongelar



### Transportar o leite materno

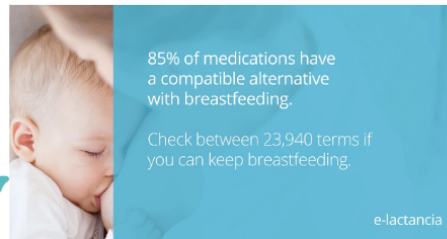
- Utilizar um saco térmico com placas térmicas ou gelo;



## Incompatibilidades com a amamentação

Em relação com a mãe

- Opção materna em não amamentar após informação adequada;
- Doença materna grave e debilitante;
- Doença mental grave;
- Infeção materna:
  - HIV, tuberculose ativa, CMV em mães de prematuros;
  - Vírus herpes simplex tipo 1 – evitar contacto entre as lesões mamárias e boca do lactente/criança até cura das lesões;
  - Hepatite B – RN mama após imunoglobulina e vacina VHB;
  - Abscesso mamário – manter amamentação só na mama não afectada até resolução do problema;
- Medicações maternas incompatíveis com amamentação;
- Uso de anfetaminas, cocaína, opiáceos, cannabis.



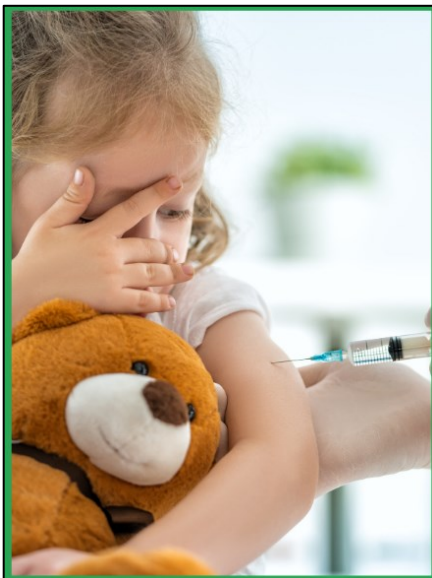
**e-lactancia.org**

Information about the compatibility of breastfeeding with medical prescriptions and other products developed by the Association for Promotion of and Cultural and Scientific Research into Breastfeeding...

[e-lactancia.org](http://e-lactancia.org) / APILAM

Em relação com a criança

- Contraindicações absolutas:
  - Galactosémia - resultantes da alteração do metabolismo da galactose;
  - Fenilcetonúria - distúrbios do metabolismo de aminoácidos que ocorre em bebés que nascem sem a capacidade de decompor normalmente um aminoácido denominado fenilalanina



### 3 Saúde

A boa saúde de crianças pequenas resulta da vigilância dos pais da condição física e emocional da criança, resposta afetiva e adequada às suas necessidades diárias, proteção das crianças pequenas dos perigos domésticos e ambientais, práticas de higiene que minimizam infecções, uso de medidas de promoção e prevenção da saúde.

Alguns procedimentos a ter em conta:

- Diagnóstico precoce entre o 5º e o 6º dia;
- Vigiar o peso semanalmente até ao 1º mês;
- A primeira consulta deve ser agendada, preferencialmente até ao 10º dia de vida;
- As consultas seguintes são agendadas de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil (no 1º ano de vida são: 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º meses);
- A vacinação é uma das formas mais eficazes e menos dispendiosas de prevenir doenças infecciosas;



### 4 Cuidados Responsivos

- Incorpora orientação antecipatória para segurança, educação, desenvolvimento e o estabelecimento de uma relação de cuidado e compreensão com o filho.
- O cuidado responsivo inclui a sensibilidade aos movimentos, sons e gestos das crianças, bem como interpretar e responder de forma adequada a eles.
- O cuidado responsivo é a base para proteger as crianças contra lesões, reconhecer e responder à doença e construir relações sociais e de confiança.



#### 4 Cólica no bebé

- A cólica infantil é um processo benigno no qual um bebé apresenta paroxismos de choro inconsolável por mais de três horas por dia, mais de três dias por semana, por mais de três semanas.
- Os novos critérios definem: períodos recorrentes e prolongados de choro, agitação ou irritabilidade do bebé relatados por cuidadores que ocorrem sem causa identificável, em crianças saudáveis.
- Atinge o pico por volta das seis semanas de idade, com resolução dos sintomas por volta dos três a seis meses de idade.

#### 4 Cólica no bebé – Recomendações

*A base do tratamento da cólica é ajudar as famílias a lidar com os sintomas do bebé*

- É aconselhável uma postura calma dos pais;
- Ensinar estratégias para acalmar o bebé (Colocar bebé ao colo em decúbito ventral, conte-lo) e reduzir os estímulos ambientais;
- Explorar os mecanismos de stress dos pais durante momentos de choro extremo, explicar as consequências neurológicas da síndrome do bebé sacudido e sugerir estratégias para evitá-la.
- Se o bebé for amamentado exclusivamente, pode ser considerado a toma do probiótico *L. reuteri* DSM17958;
- Reduzir os riscos de depressão dos pais, abuso infantil e interrupção precoce da amamentação;
- Os mitos que cercam as cólicas devem ser explorados e a falta de evidências para qualquer intervenção eficaz deve ser explicada;
- A eliminação de alérgenos (por exemplo, leite de vaca, ovos, peixe, amendoim, soja, nozes, trigo) da dieta de mães que amamentam pode aliviar os sintomas de cólica.
- A troca de bebés alimentados com fórmula por uma fórmula hidrolisada pode melhorar os sintomas de cólica.

#### 4 Cólica no bebé – Recomendações

A massagem abdominal realiza-se através de movimentos lentos e ritmados (no sentido do trânsito intestinal). Permite tonificar os músculos, facilita o trânsito/eliminação intestinal e diminui a distensão abdominal atenuando o desconforto e a dor associadas aos episódios de cólicas.

Como fazer a massagem:

- Deslize a palma das suas mãos, uma seguida da outra, de cima para baixo e da direita para a esquerda (de frente para o bebé da sua esquerda para a direita). Deve repetir este movimento pelo menos três vezes.
- Segure as pernas do bebé pelos tornozelos e, com os joelhos juntos, pressione-os suavemente contra a barriga. Mantenha esta pressão aproximadamente durante cinco segundos. Alivie a pressão exercida e a posição das pernas, esticando-as, e volte a repetir várias vezes.
- Segure os tornozelos do bebé e dobre-lhe um joelho sobre o abdómen e endireite-lhe a perna, repita o movimento com a outra perna, como se estivesse a andar de bicicleta lenta e ritmicamente.
- Com a mão esquerda desenhe um círculo completo no sentido dos ponteiros do relógio à volta do umbigo, sem levantar a mão da barriga do bebé. Quando a mão esquerda está na região inferior do abdómen, a mão direita desenha um semicírculo (das 9h às 6h) na mesma direção. Faça este movimento várias vezes.
- Repita o movimento de dobrar as pernas.





## 5 Aprendizagem Precoce

É qualquer oportunidade para o bebé, criança pequena ou criança interagir com uma pessoa, lugar ou objeto no seu ambiente. Reconhecendo que cada interação (positiva ou negativa, ou ausência de uma interação) contribui para o desenvolvimento do cérebro da criança e estabelece as bases para mais tarde aprender.

O desenvolvimento da criança é influenciado pela interação com os cuidadores, por fatores pessoais (genética, visão, audição) e por fatores ambientais (núcleo familiar, educação, condições sócio-económicas).

*Nos primeiros anos, o brincar e o relacionamento com pais e pessoas significativas (familiares, educadoras) é a principal forma de aprendizagem e desenvolvimento das crianças.*

## 5 Atividades promotoras do desenvolvimento infantil



### 1 mês

- Observar o bebé, sorrir, cantar, conversar ao longo do dia - dar tempo para a resposta;
- O brinquedo mais estimulante é a face humana;
- Produzir sons com caixa de música;
- Manter atividades diferenciadoras do dia e da noite;



### 6 meses

- Ler histórias. Apontar e nomear os objetos, imagens; Oferecer livros com texturas e cores vivas e incentivar a ver e tocar;
- Oferecer brinquedos como bola de tamanho médio, cubos de aristas redondas, espelhos de plástico e estimular a alcança-los e a passa-los de uma mão para a outra;
- Sentá-lo com apoio para participar mais ativamente no meio que o rodeia;

### 3 meses

- Fale com bebé, use as expressões do rosto (ex. caretas, sorrisos), imite o som de determinado objeto ou instrumento musical;
- Oíça música, dançar com ritmo suave, cante, leia histórias;
- Durante os momentos de atividade mudar frequentemente de posição e colocar de barriga para baixo;
- Oferecer objetos para ele segurar (Rocas, brinquedos macios) e colocar objetos pendentes para que possa segui-los;



### 9 meses

- Proporcionar muito tempo para brincarem juntos e continuar a ler e brincar com os livros;
- Chamar os objetos pelos nomes;
- Coloque os objetos ligeiramente afastados/em cima de uma cadeira ou sofá para incentivar a deslocar-se e a colocar-se de pé;
- Brincar ao esconde;
- Ensinar a colocar fora e dentro da caixa;
- Fazer jogos repetitivos (bater palmas, acenar, galinha põe o ovo) imitar sons de animais e pedir para imitar;



## 5 Atividades promotoras do desenvolvimento infantil



### 12-18 meses

- Jogar ao faz de conta e incentivar a imaginação (utilizar fantoches);
- Criar ambientes variados - pintar com diferentes materiais, brincar com objectos de diferentes pesos e volumes;
- Estimular as tarefas/ordens simples (elogiar após realização);
- Incentivar para que a criança peça quando quer algo;
- Leitura mimada (dar entoação) e deixe seu filho virar as páginas e apontar imagens;
- Converse com seu filho sobre as coisas do dia a dia.



### 2 anos

- Proporcionar brincadeiras como pular num só pé, saltar à corda, explorar a natureza;
- Contar e ler histórias;
- Ensinar novas palavras e ajudar a criança a repeti-las;
- Fazer puzzles e construções, brincar com plastilina, pintar com os dedos, brincar com jogos de cozinha, brinquedos de água e areia, carrinhos e garagens;
- Pedir que ajude nas tarefas diárias;
- Dar a oportunidade à criança para expressar o pensamento e desejo (mantendo os limites);

- Ensinar a partilhar;



### Crescer num mundo digital

- Sabe-se que os ecrãs não têm vantagens no desenvolvimento das crianças com menos de 2 anos.
- A criança até aos 2 anos deve preferencialmente crescer num ambiente livre de ecrãs.
- Evitar o uso de ecrãs para acalmar ou antes de ir dormir.



#### 4 Conclusão

Os primeiros anos da infância são caracterizados por serem um período crítico do crescimento e desenvolvimento cerebral, sendo fortemente influenciado pelo ambiente ao qual as crianças estão sujeitas, pelas interações e modelagem de comportamentos dos cuidadores.

A promoção do desenvolvimento infantil na primeira infância é essencial pois o desenvolvimento e crescimento do cérebro terá um grande impacto na vida futura da criança e mais tarde do adulto.



#### 4 Referência bibliográficas

- Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human Milk Composition, Nutrients and Bioactive Factors. In *Pediatric Clinics of North America* (Vol. 60, Issue 1, pp. 49–74). NIH Public Access. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002>
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. In *The Lancet* (Vol. 389, Issue 10064, pp. 77–90). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- CDC. (n.d.). *Important Milestones: Your Baby By Two Months* | CDC. Retrieved October 29, 2020, from <https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-2mo.html>
- Johnson, J. D., Cocker, K., & Chang, E. (2015). Infantile Colic: Recognition and Treatment. In *American Family Physician* (Vol. 92, Issue 7). [www.aafp.org/afp](http://www.aafp.org/afp)
- Ribeiro, C., & Coutinho, S. (2016). Efeito do *Lactobacillus reuteri* na cólica infantil: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 32(6), 388–394. <https://doi.org/10.32385/rpmsg.v32i6.11959>
- SNS. (n.d.). *Guia para pais | SNS24*. Retrieved October 29, 2020, from <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-pais/>
- Sung, V. (2018). Infantile colic. *Australian Prescriber*, 41(4), 105–110. <https://doi.org/10.18773/AUSTPRESCR.2018.033>
- The Lancet. (2016). *Um sumário executivo da série do The Lancet*.
- Tomada, I., & Nazareth, M. (2016). Vantagens do aleitamento materno. *Associação Portuguesa Dos Nutricionistas*, 1–53. <https://www.apn.org.pt>
- WHO. (2017). Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. In *World Health Organisation*. <http://apps.who.int/bookorders>.
- WHO. (2020, March 2). *Improving early childhood development: WHO guideline, WHO ECD guideline*. <https://www.who.int/publications/i/item/improving-early-childhood-development-who-guideline>



Obrigado!

## 5. AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

Devido à situação de pandemia que atualmente vivemos e dada às restrições a formação foi realizada em pequenos grupos entre dois e quatro elementos ao longo de três dias, tendo assistido à formação nove elementos da equipa de enfermagem tendo a equipa um total de dezassete elementos. Esta decorreu como planeado, à exceção da duração da mesma pela partilha de experiências ocorrida ao longo da mesma.

No final da sessão foi solicitado aos formandos o preenchimento de um formulário de avaliação do formador e da sessão (figura 2).

**Questionário de Avaliação da sessão de Formação**

Na tentativa de melhorar o meu desempenho em futuras ações de formação, solicito o preenchimento do seguinte questionário,

Com o objetivo de avaliar a ação de formação subjacente à temática cuidados à criança - promovendo o desenvolvimento infantil venho por este meio solicitar a sua colaboração através deste pequeno questionário.  
A sua participação é anónima e os dados recolhidos serão utilizados para que possa melhorar.  
Desde já agradeço a sua colaboração.

\* Required

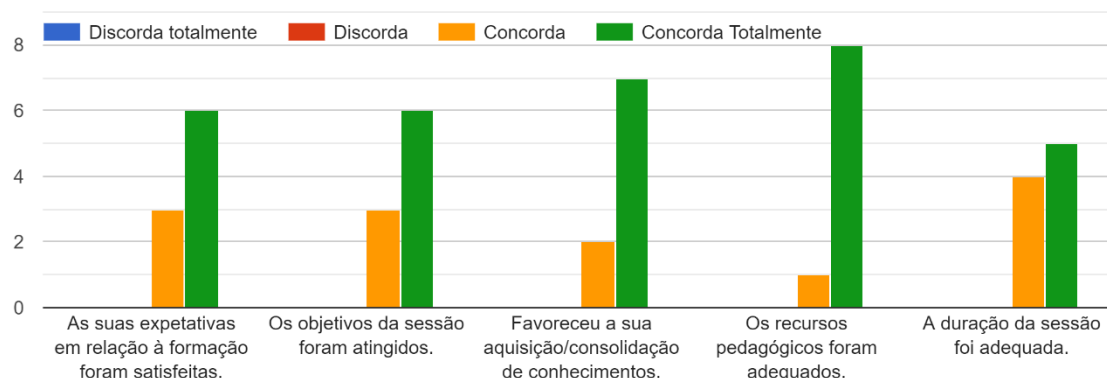
**Apreciação da Formação \***

	Discorda totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
As suas expetativas em relação à formação foram satisfeitas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os objetivos da sessão foram atingidos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os recursos pedagógicos foram adequados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A duração da sessão foi adequada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Submit**

**Figura 2** - Formulário de avaliação do formador e da sessão

Posteriormente serão apresentadas os resultados do inquérito de avaliação, quanto à satisfação com a sessão:



**Figura 3** – Gráfico representativo da apreciação da formação realizada.

Os resultados apresentados remetem para uma avaliação positiva tanto do formador como do tema. O que destaque foi o facto de a formação ser realizada em pequenos grupos, o que permitiu tornar-se mais pessoal, e houve uma interessante partilha de experiências; a formação foi fluída como uma conversa em que todas as intervenientes foram colocando as suas dúvidas e inquietações. O que ao início parecia ser um constrangimento tornou-se uma mais valia.

O que se refletiu se refletiu na avaliação feita pelos formandos

Este momento de aprendizagem permitiu-me desenvolver a capacidade de observação e identificação das necessidades de melhoramento por parte dos colegas enfermeiros para assim podermos prestar cada vez mais cuidados de excelência visto que “o saber não ocupa lugar” e é na partilha de experiências e conhecimentos que podemos crescer enquanto profissionais. Desenvolvi competências de enfermeiro especialista na medida que promovi práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human Milk Composition. Nutrients and Bioactive Factors. In *Pediatric Clinics of North America* (Vol. 60, Issue 1, pp. 49–74). NIH Public Access. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002>
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. In *The Lancet* (Vol. 389, Issue 10064, pp. 77–90). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- CDC. (n.d.). *Important Milestones: Your Baby By Two Months | CDC*. Retrieved October 29, 2020, from <https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-2mo.html>
- Garcia, C., Mascarenhas, I., Teixeira, A. T., Bento, V., Alves, C., & Almeida, H. (2016). Recém-Nascidos no Serviço de Urgência Pediátrica: Casuística de Um Ano. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 47, 61–67. [https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1634/1/Acta Pediatr Port 2016%2C 47%2C 61-7.pdf](https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1634/1/Acta%20Pediatr%20Port%202016%2047%2061-7.pdf)
- Johnson, J. D., Cocker, K., & Chang, E. (2015). Infantile Colic: Recognition and Treatment. In *American Family Physician* (Vol. 92, Issue 7). [www.aafp.org/afp](http://www.aafp.org/afp)
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés MANUAL DE ALEITAMENTO MATERNO*.
- Ribeiro, C., & Coutinho, S. (2016). Efeito do *Lactobacillus reuteri* na cólica infantil: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 32(6), 388–394. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i6.11959>
- SNS. (n.d.). *Guia para pais | SNS24*. Retrieved October 29, 2020, from <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-pais/>
- Sung, V. (2018). Infantile colic. *Australian Prescriber*, 41(4), 105–110. <https://doi.org/10.18773/AUSTPRESCR.2018.033>

The Lancet. (2016). *Um sumário executivo da série do The Lancet*.

Tomada, I., & Nazareth, M. (2016). Vantagens do aleitamento materno. *Associação Portuguesa Dos Nutricionistas*, 1–53. <https://www.apn.org.pt>

WHO. (2017). Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. In *World Health Organisation*. <http://apps.who.int/bookorders>.

WHO. (2020, March 2). *Improving early childhood development: WHO guideline, WHO ECD guideline*. <https://www.who.int/publications/i/item/improving-early-childhood-development-who-guideline>

**Apêndice V – Relatório da Sessão de Formação: Gestão das emoções da criança e família**



CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

Relatório da sessão de formação

# **Gestão das emoções da criança e família**

Por Filipa Neves

Sob a orientação de Professora Doutora Elisabete Nunes e  
Enfermeira Mestre [REDACTED]

Lisboa, 2020

## ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA .....	182
2. PLANO DA SESSÃO FORMATIVA.....	184
3. DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA .....	185
5. APRESENTAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA.....	186
6. AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA .....	199
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	202

## INDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Plano da sessão de formação.....	184
<b>Figura 1</b> – Documento de divulgação no serviço de urgência pediátrica.....	185
<b>Figura 2</b> - Formulário de avaliação do formador e da sessão .....	200
<b>Figura 3</b> – Gráfico representativo da apreciação dos conteúdos programáticos da formação... 200	
<b>Figura 4</b> - Gráfico representativo da apreciação da formação.....	201



## 1. NOTA INTRODUTÓRIA

O ambiente hospitalar atualmente é voltado para oferecer um ambiente seguro e curativo, onde as pessoas recebem os cuidados contemporâneos disponíveis, beneficiam da tecnologia moderna assim como dos cuidados de profissionais dedicados e com elevado conhecimento científico. Apesar destas condições a experiência de doença e hospitalização, continua a exercer um grande sofrimento psicológico provocando ansiedade nas crianças e famílias. Durante a hospitalização é frequente experienciarem medos, pois estão perante um ambiente que desconhecem e em contacto com procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto e dor (Paula Diogo et al., 2015), há uma mudança da sua rotina, perda de contactos sociais (FARINA et al., 2019), interrupção das suas atividades e rotinas diárias (Delvecchio et al., 2019). Em certo sentido, para as crianças, a hospitalização é como ir viver de repente para um país estrangeiro com costumes, língua e horários que elas têm de aprender e adaptar-se (Rokach, 2016). Ainda mais notória esta fase que estamos a ultrapassar em que existe receios inerentes ao recurso aos cuidados de saúde e à própria hospitalização em tempo de pandemia.

A hospitalização gera uma desorganização na criança e na sua família podendo afetar o seu desenvolvimento com maior ou menor magnitude dependendo da idade em que ocorrem (Rossi & Rodrigues, 2007).

Cabe ao enfermeiro especialista o olhar crítico e a gestão do bem-estar da criança centrando-se nas respostas às suas necessidades de forma a minimizar as consequências emocionais, sociais e desenvolvimentais da hospitalização. Atender à gestão das emoções é um direito e um dever, sendo que na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada (1988), consta no artigo 4º que “ (...) as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (Instituto de Apoio à Criança, 1988, p.9) e no artigo 8º que “a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família” (Instituto de Apoio à Criança, 1988, p.13).

Deste modo é importante conhecer estratégias de intervenção para reduzir o impacto negativo das experiências adversas, como é a hospitalização e potenciar experiências positivas, não traumáticas e tanto quanto possível se tornem numa oportunidade de desenvolvimento e de aprendizagem. Neste sentido foi desenvolvida uma sessão de formação com base no Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, desenvolvido por Diogo (2010; 2015) na sua tese de Doutoramento intitulada “Metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar: o

processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica” na qual concede orientações conceituais e práticas que permitem orientar as intervenções de enfermagem, relacionadas com a gestão das emoções e promovendo a prestação de cuidados não traumáticos.

## 2. PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

**Formador:** Filipa Neves (Aluna ESIP)

**Tema:** Gestão das emoções da criança e família durante o internamento.

População alvo:

**Data a hora:** 9 de dezembro de 2020, às 15h30.

**Duração:** 40 min

**Local:** sala reuniões do serviço de internamento de pediatria e Plataforma TEAMS

**Objetivo Geral:** Sensibilizar a equipa para a importância da gestão das emoções de modo a potenciar experiências positivas e não traumáticas durante a hospitalização.

Fase	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Duração
Introdução	- Apresentar formadora, tema e objetivos da sessão;	- Acolher a população-alvo; - Apresentação formadora; - Apresentação objetivos; - Contextualização;	Expositivo e participativo com auxílio de técnica de exposição e demonstração (PowerPoint)	5 min
Desenvolvimento	- Apresentar o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica; - Apresentar a Distração como estratégia não farmacológica do alívio da dor; - Apresentar ferramentas de auxílio para as crianças conseguirem rotular e falar das emoções que estão a sentir;	- Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica - Técnicas de distração e modo como deve ser usada a técnica de forma a aliviar a dor. - Ferramentas de auxílio para as crianças conseguirem rotular e falar das emoções que estão a sentir.		20 min
Conclusão	- Debater temas abordados e esclarecer dúvidas	- Debate de temas abordados e esclarecimento de dúvidas		10 min
Avaliação	- Aplicar questionário de avaliação	- Finalizar a sessão. - Questionário	Participativa	5 min

### Quadro 1 - Plano da sessão de formação

### 3. DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA



**FORMAÇÃO EM SERVIÇO**  
Plataforma TEAMS

**GESTÃO DAS EMOÇÕES  
DA CRIANÇA E FAMÍLIA**  
durante o internamento

9 DE DEZEMBRO DE 2020  
AS 15H30

**Formador: Filipa Neves**  
(Aluna do Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica  
Sob a orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes  
e da Enfermeira Mestre )

Figura 1 – Documento de divulgação no serviço de urgência pediátrica.

## 5. APRESENTAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA



### Introdução

- Para cuidar é necessário atender às emoções humanas, o que envolve a comunicação e expressão de sentimentos, promovendo a existência de um equilíbrio entre a componente emocional e relacional.  
(Watson, 2012)
- Atender à gestão das emoções é um direito e um dever, sendo que na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada (1998), consta no artigo 4º que “ (...) as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC, 1998, p.9) e no artigo 8º que “a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família”  
(IAC, 1998, p.13)
- Deste modo, o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, fornece orientações conceptuais e práticas que permitem orientar as intervenções de enfermagem, relacionadas com a gestão das emoções, promovendo a prestação de cuidados não traumáticos.  
(Diogo, 2015, 2019)

## Ambiente hospitalar



- Missão de fornecer um ambiente seguro e curativo.
- Tecnologia moderna
- Profissionais de saúde dedicados com conhecimento atualizados.



A experiência de doença e hospitalização  
**Evento Angustiante**

### Hospital

- \* Ambiente desconhecido, intimidante e desconfortável.
- \* Afastamento do contexto familiar e social.
- \* Existência de experiências novas e desagradáveis.



### Casa

- \* Ambiente seguro e empático.
- \* Apoio e amor dos familiares que lhes transmite apoio, confiança e segurança.



## Crianças



Pré-escolar (3-5 anos)	Dificuldade em separar a fantasia da realidade Sentem-se culpados das situações más pois acreditam ter sido causadas por eles. Percebem o medo e ansiedade dos pais sem que ninguém lhe tenha dito.
Idade escolar (6-12 anos)	Preocupados com a sua própria segurança, dos familiares e amigos. Entendem a realidade de uma situação mas não conseguem entender os motivos de violência, morte ou outra tragédia.
Adolescentes (13-18 anos)	Compreendem os factos mas têm dificuldade em aceitar a interrupção nas suas vidas.

## Hospital

Para as crianças é como ir viver de repente para um país estrangeiro com costumes, língua e horários que elas têm de aprender e adaptar-se.



### Surgem Sentimentos



“As emoções humanas são processos de sentir das pessoas; conjuntos de respostas químicas, que se manifestam através de mecanismos neurofisiológicos, que podem ser gratificantes ou perturbadores, sendo o processo emocional despoletado por estímulos internos ou externos que ao envolver a cognição e a avaliação se traduzem em comportamento”

(Diogo, 2020 pág. 9)

- Devido ao seu nível de desenvolvimento as crianças usam o comportamento, em vez de palavras, para comunicar as emoções que sentem.
- Demonstrações comportamentais comuns de medo, ansiedade e desamparo incluem agressão, retração, falta de cooperação e regressão.

## Enfermagem - ciência do Cuidar



O Cuidar centra-se no processo relacional.

A relação constitui um espaço de expressão e partilha emocional.

↳ Sendo essencial na tomada de decisão

Enfermeiro tem de mobilizar competências para detetar sentimentos

Através de ações, palavras, comportamentos, linguagem corporal, pensamentos, sensação e intuição.

Na prática clínica o enfermeiro procura gerir as emoções perturbadoras das crianças/jovens e suas famílias que surgem do processo de saúde-doença.



Estas experiências influenciam negativamente as vivências das crianças, jovens e famílias, interferindo no seu conforto e bem-estar, e mesmo no tratamento e recuperação.



### Intervenções de Enfermagem no âmbito do trabalho emocional



Modificação dos estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa, para estados de tranquilidade e bem-estar.



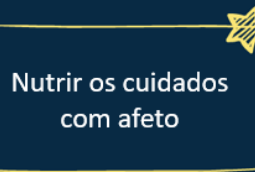
Enfermeiro pode orientar a sua prática na gestão da emocionalidade



### Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



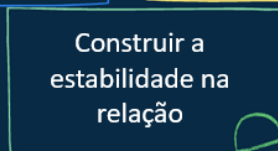
Promover um ambiente seguro e afetivo



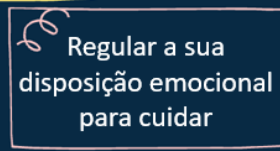
Nutrir os cuidados com afeto



Facilitar a gestão das emoções na pessoa



Construir a estabilidade na relação



Regular a sua disposição emocional para cuidar

(Diogo, 2019)

## Promover um ambiente seguro

Acolher

Cumprimentar

Expressar  
Afeto



Gerar ambiente  
familiar

Preservar o  
quarto

Criar sintonia  
com mundo  
Infantil

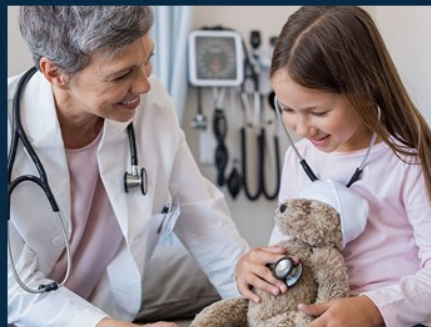
Despedidas  
calorosas

## Nutrir os cuidados com afeto

Dádiva de  
afeto

Sorriso

Voz  
emalada



Olhar meigo

Carinho

Colo

Falar  
amimado

## Facilitar a gestão das emoções na pessoa

Demonstrar  
postura calma e  
carinhosa

Preparar para os  
procedimentos

Distrair

Mostrar disponibilidade



Fornecer  
explicações/informações  
e esclarecer dúvidas

Dar reforço positivo

Favorecer a expressão  
de sentimentos

Diferenciar os  
momentos

Fomentar  
esperança

Colocar-se ao  
lado

### Distrair

É uma forma de ajudar uma criança a lidar com um procedimento doloroso ou difícil. Tem como objetivo tirar a mente da criança do procedimento, concentrando-se em outra coisa que está acontecendo.



#### Antes do procedimento

- Conhecer a criança/jovem;
- Explicar o procedimento;
- Perceber se há um aspeto específico do procedimento que preocupe a criança/jovem;

#### Durante o procedimento

- Utilizar a técnica escolhida;
- A técnica de distração deve ser utilizado por uma única pessoa para que a criança se concentre somente nessa pessoa;

#### Após o procedimento

- Realizar uma avaliação para perceber se foi eficaz; se não foi pode ser trocada por outra técnica.

#### Técnicas de distração não resultam

- Algumas crianças não conseguem tirar suas atenção do procedimento, não se importando com o que está a acontecer à sua volta.
- Neste caso é necessário atuar de forma diferente; por exemplo, antes do procedimento, planejar com a criança/jovem o que gostaria de fazer quando terminar.
- A criança pode então tentar concentrar-se nisso durante o procedimento, o que pode ajudar a desviar sua atenção.
- Se este método for utilizado é muito importante cumprir o que foi prometido.

## Facilitar a gestão das emoções na pessoa

Demonstrar postura calma e carinhosa

Distrair

Preparar para os procedimentos

Mostrar disponibilidade



Fornecer explicações/informações e esclarecer dúvidas

Dar reforço positivo

Favorecer a expressão de sentimentos

Diferenciar os momentos

Fomentar esperança

Colocar-se ao lado

## Regular as emoções das crianças - coaching emocional

- A pesquisa do Dr. John Gottman, PhD, revelou que existem cinco habilidades simples que os pais podem praticar de forma consistente que ajudam as crianças a regular os seus estados emocionais.
- Sendo uma habilidade valiosa para as crianças que frequentemente passam por estados de angústia e necessitam de orientar a sua aprendizagem emocional.

### As 5 habilidades para treino emocional descrito por John Gottman.

#### 1. Estar ciente das emoções das crianças.

- Observar a criança (como se está a sentir, a sua expressão facial) e aprender sobre as suas expressões emocionais (de forma a evitar que estas se elevem)
- Quando a criança está triste, com raiva ou com medo, é útil os pais colocarem-se no lugar da criança. Tentar colocar-se no lugar dele, ver o mundo da perspectiva dele – Empatia - que é a base para ser capaz de criar filhos emocionalmente inteligentes.

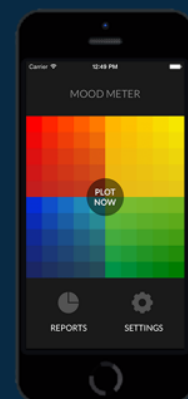
#### 2. Reconhecer a emoção como uma oportunidade de intimidade e ensino.

- Não importa qual seja a emoção. É importante falar com a criança pois abre-se uma oportunidade de ligação com a criança e ela sente que é escutada e compreendida.
- Experiências negativas, sejam elas um balão que rebentou, uma nota baixa a matemática ou a traição de um amigo, podem servir como excelentes oportunidades para criar empatia, construir intimidade com as crianças e ensiná-las a lidar com seus sentimentos.
- Uma criança só pode aprender a controlar uma emoção se primeiro aprender a compreender essa emoção.

### 3. Ajudar a criança a rotular verbalmente as emoções.

- Fornecer palavras para ajudar a criança a rotular uma emoção.
  - Compreender os sentimentos e as emoções da criança e dos outros;
  - Comentar as emoções das outras pessoas.
    - “Ele parece Zangado”; “Ele está orgulhoso”
  - Ajudá-lo a colocar as suas próprias emoções em palavras
    - “Eu sei que estás zangado porque não viste os desenhos animados”
- Perguntar à criança como se sente a respeito de alguma coisa. Ajuda-a a identificar e dizer em voz alta a emoção com a qual estão em contato.
- Perguntar à criança se sentem a emoção em alguma parte do seu corpo. A ideia de rotular com precisão as emoções ajuda as crianças a desenvolver habilidades vitais de regulação de emoções, necessárias para uma vida eficaz.

### Ferramentas de auxílio para rotular e falar das emoções



#### 4. Comunicar com empatia e compreensão.

- Ouvir a criança com empatia – ajuda-a não se sentir sozinha e que está ali alguém para a ajudar com aqueles sentimentos desagradáveis.
- Ao ouvir a criança num momento emocional, esteja ciente de que partilhar observações geralmente funciona melhor do que fazer perguntas para manter uma conversa (“por que você se sente triste?”). É melhor simplesmente refletir o que você percebe (“você parece um pouco cansado hoje” ou “Notei que você franziu a testa quando mencionei ....”).

#### 5. Defina limites (se necessário) e ajude a resolver o problema, se houver.

- É importante que a criança perceba que todos os sentimentos são aceitáveis, mas nem todos os comportamentos são aceitáveis.
- Ajudar a criança a entender o que desencadeia a emoção para ser mais fácil conseguir controlá-la.
- Ajudar a criança a identificar a forma adequada de responder às emoções.
- Se as ações da criança não são inaceitáveis é importante estabelecer limites para os comportamentos que não estão bem.

## Construir estabilidade na relação

### Gestão de episódios conflituosos

- Abordagem calma e de controlo
- Dar espaço para expressão
- Desmontar o problema
- Procurar a reconciliação
- Não fazer juízos de valor



### Envolvimento emocional

### Equilíbrio de poderes

- Tomada de decisão partilhada
- Dar espaço para a função parental
- Colaboração mútua
- Participação da pessoa
- Partilha de informação

## Regular a sua disposição emocional para cuidar

Analisar as experiências

Partilhar o que se sente



Compreensão das reações das pessoas

Não se deixar afetar negativamente

Atenuar positivamente

## Concluindo que...

Com a utilização de intervenções promotoras da gestão emocional o enfermeiro vai transmitir afetividade que vai aliviar o sofrimento, provocar bem-estar, facilitar a recuperação ou a adaptação à nova condição da criança e família procurando transformar positivamente as experiências de hospitalização da criança.

## A criança que aprende a gerir as suas emoções tem maior probabilidade de:

- Ser empático e apoiar os outros;
- Ter relacionamentos mais positivos e estáveis;
- Ter melhor saúde mental;
- Ter menos problemas comportamentais;
- Desenvolver resiliência e estratégias de *coping* mais adequadas;
- Sentir-se mais confiante, competente e capaz;
- Obter melhor desempenho escolar e profissional;

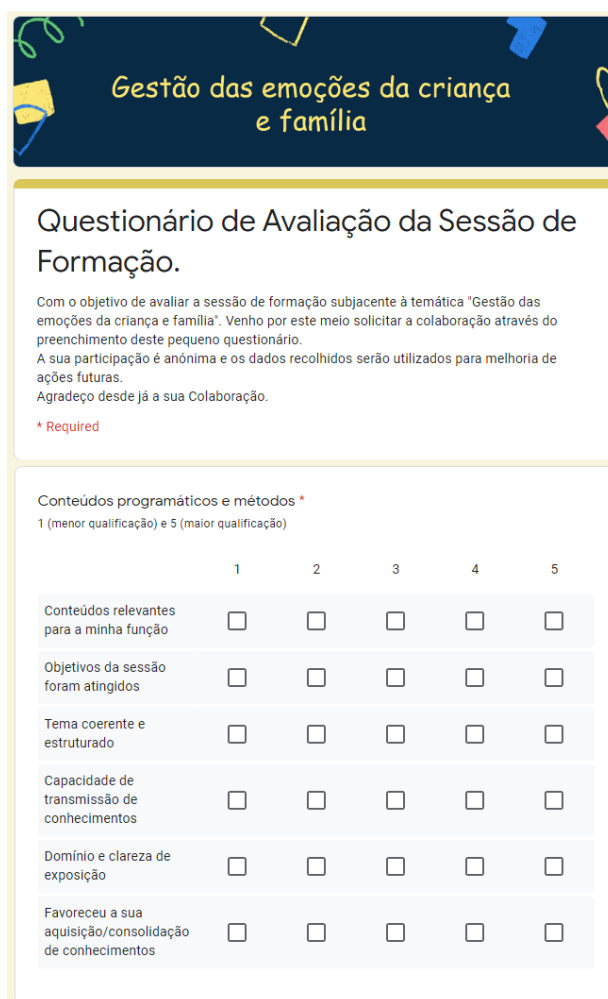
## Referências Bibliográficas

- Carta da criança hospitalizada. (1998). Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança. – Lisboa: IAC, 1998. ISBN 972-8003-14-5
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2017). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática*. *November*, 1–16. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16091.31528>
- Diogo, Paula, 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(13), 43–51. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a06.pdf>
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.ª versão revista). doi: 10.13140/RG.2.2.16091.31528.
- *distraction*. @ [www.gosh.nhs.uk](http://www.gosh.nhs.uk). (n.d.). <https://www.gosh.nhs.uk/conditions-and-treatments/procedures-and-treatments/distraction>
- Encourage, F. M. (2001). *Helping Children Feel Safe in Stressful Times*. 1–3.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10, 243–268.
- Havihurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Kehoe, C., Efron, D., & Prior, M. R. (2013). “Tuning into kids”: Reducing young children’s behavior problems using an emotion coaching parenting program. *Child Psychiatry and Human Development*, 44(2), 247–264. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0322-1>
- Martinho, L., & Diogo, P. (2020). Gestão recíproca das emoções e da informação no cuidado à criança e família: proposta de um algoritmo de atuação em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 24(1), 7–15. <https://doi.org/10.37548/rpe/1sem2020/1>
- Mendelson, T., Turner, A. K., & Tandon, S. D. (2010). Social Class As Moderator of the Relationship Between (Dis)Empowering Processes and Psychological Empowerment. *Journal of Community Psychology*, 38(5), 607–621. <https://doi.org/10.1002/jcop>
- Pickles, D. M., Uhn, S. L., Boat, T. F., & Lannon, C. (2020). A roadmap to emotional health for children and families with chronic pediatric conditions. *Pediatrics*, 145(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1324>
- Rokach, A. (2016). Psychological, emotional, and physical experiences of hospitalized children. *Clinical Case Reports and Reviews*, 2(4), 399–401. <https://doi.org/10.15761/ccr.1000227>
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing (2nd ed.)*. London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

## 6. AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

A apreciação de qualquer ação realizada tem uma grande importância para perceber a sua pertinência e eficácia, produzindo uma oportunidade de melhoria e correção de condutas de formação.

A sessão de formação “Gestão das emoções da criança e família” decorreu de acordo com o planeado. No final da sessão foi solicitado a cada um dos formandos o preenchimento de um formulário de avaliação do formador e da sessão (figura 2), elaborado através do *Google Forms* e enviado por email. Os formandos perfizeram um total de onze elementos, sendo nove enfermeiros do serviço, uma assistente operacional e uma educadora de infância. Estando quatro elementos a assistir presencialmente na sala de reuniões do serviço e os restantes 7 elementos a assistir pela Plataforma TEAMS. Esta foi a forma encontrada para um maior número de pessoas assistir à formação devido à situação de pandemia que atualmente vivemos e dada às restrições existentes.



**Gestão das emoções da criança e família**

### Questionário de Avaliação da Sessão de Formação.

Com o objetivo de avaliar a sessão de formação subjacente à temática "Gestão das emoções da criança e família", venho por este meio solicitar a colaboração através do preenchimento deste pequeno questionário.  
A sua participação é anónima e os dados recolhidos serão utilizados para melhoria de ações futuras.  
Agradeço desde já a sua Colaboração.

\* Required

Conteúdos programáticos e métodos \*

1 (menor qualificação) e 5 (maior qualificação)

	1	2	3	4	5
Conteúdos relevantes para a minha função	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objetivos da sessão foram atingidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tema coerente e estruturado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidade de transmissão de conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domínio e clareza de exposição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apreciação da Formação  
1 (menor qualificação) e 5 (maior qualificação)

	1	2	3	4	5
As suas expectativas em relação à formação foram correspondidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duração da formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horário da formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Material de apoio pedagógico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formação ser via On-line	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

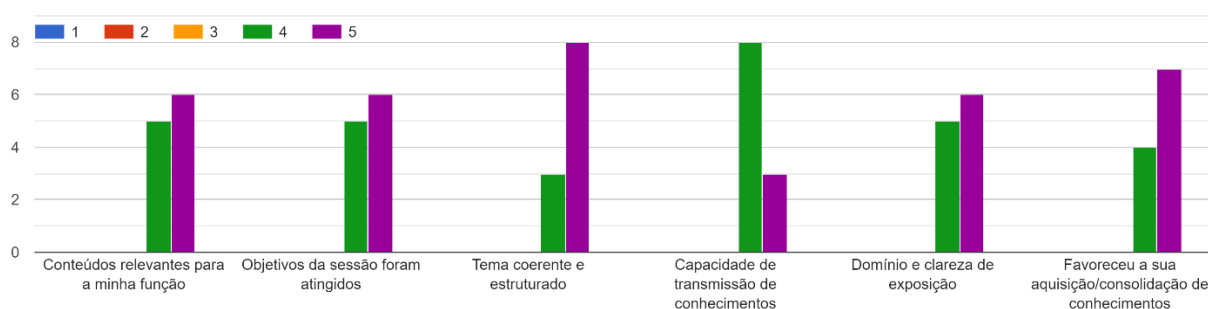
Submit

This content is neither created nor endorsed by Google. [Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Privacy Policy](#)

Google Forms

**Figura 2 - Formulário de avaliação do formador e da sessão**

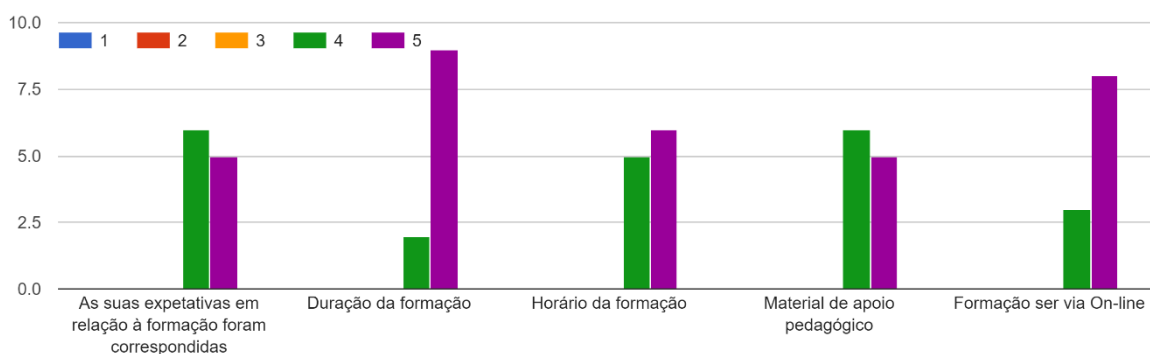
No que respeita aos conteúdos programáticos o gráfico ilustra que os participantes consideram que os conteúdos abordados são revelantes para a sua formação, que os conhecimentos foram transmitidos de forma clara e esclarecedora e que contribuiu para a aquisição/consolidação de conhecimentos de modo a promover a excelência profissional, demonstrado na figura 3.



**Figura 3 – Gráfico representativo da apreciação dos conteúdos programáticos da formação.**

No que se refere à apreciação da formação os gráficos demonstram que a formação foi de encontro as expectativas dos participantes, que o tempo de formação foi adequado e demonstraram bastante satisfação da formação ser on-line, uma vez que permite menor perda de tempo nas deslocações, como está representado na figura 4. Dois comentários relativos às pessoas presentes na sala de formação foi que consideram que existe menor participação das

peças quando estão a assistir por via on-line, sendo necessário criar estratégias para uma maior partilha de informação de todos os intervenientes.



**Figura 4 - Gráfico representativo da apreciação da formação.**

Em suma, analisando todos os resultados apresentados remetem para uma avaliação positiva tanto do formador como do tema, podendo afirmar-se que a sessão de formação revelou ser útil e interessante para todos os participantes. O que destaca da formação foi o interesse demonstrado no tema e a existência de outros grupos profissionais na formação, o que permitiu ter diferentes pontos de vista e no final saiu-se da sessão com um objetivo comum, que foi transformar o período de hospitalização das crianças num momento o menos traumático possível principalmente neste momento de pandemia em que as restrições ainda o tornam mais difícil. Assim, considero ter alcançado de modo muito satisfatório o propósito desta formação.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Delvecchio, E., Salcuni, S., Lis, A., Germani, A., & Di Riso, D. (2019). Hospitalized Children: Anxiety, Coping Strategies, and Pretend Play. *Frontiers in Public Health*, 7, 250. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00250>
- Diogo, P. (2017). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática*. November, 1–16. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16091.31528>
- Diogo, P. M. J. (2010). *Metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica* [Universidade Católica Portuguesa]. [https://www.researchgate.net/publication/259382793\\_Metamorfose\\_da\\_experiencia\\_emocional\\_no\\_acto\\_de\\_cuidar\\_o\\_processo\\_de\\_uso\\_terapeutico\\_das\\_emocoes\\_em\\_enfermagem\\_pediatica\\_Metamorphosis\\_of\\_emotional\\_experience\\_in\\_the\\_act\\_of\\_caring\\_the\\_process\\_of\\_ther](https://www.researchgate.net/publication/259382793_Metamorfose_da_experiencia_emocional_no_acto_de_cuidar_o_processo_de_uso_terapeutico_das_emocoes_em_enfermagem_pediatica_Metamorphosis_of_emotional_experience_in_the_act_of_caring_the_process_of_ther)
- Diogo, Paula, 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(13), 43–51. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a06.pdf>
- Distraction* [www.gosh.nhs.uk](http://www.gosh.nhs.uk). (n.d.). <https://www.gosh.nhs.uk/conditions-and-treatments/procedures-and-treatments/distraction>
- Encourage, F. M. (2001). *Helping Children Feel Safe in Stressful Times*. 1–3.
- FARINA, B., ALEXANDRIA, E., AMORIM, Y., & PARRAGA, M. B. (2019). *EFEITOS DO ADOECIMENTO E HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL NO DESENVOLVIMENTO DE PAIS CUIDADORES*. [www.repositoriodigital.univag.com.br](http://www.repositoriodigital.univag.com.br)
- Great Ormond Street Hospital. (2020). *Distraction*. The Play Department in Collaboration with the Child and Family Information Group. <https://www.gosh.nhs.uk/conditions-and-treatments/procedures-and-treatments/distraction/>
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10, 243-268.
- Havighurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Kehoe, C., Efron, D., & Prior, M. R. (2013). “Tuning

- into kids”: Reducing young children’s behavior problems using an emotion coaching parenting program. *Child Psychiatry and Human Development*, 44(2), 247–264. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0322-1>
- Instituto de Apoio à Criança. (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. [https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2020/07/carta\\_crianca\\_hospitalizada.pdf](https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2020/07/carta_crianca_hospitalizada.pdf)
- Martinho, L., & Diogo, P. (2020). Gestão recíproca das emoções e da informação no cuidado à criança e família: proposta de um algoritmo de atuação em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 24(1), 7–15. <https://doi.org/10.37548/rpe/1sem2020/1>
- Mendelson, T., Turner, A. K., & Tandon, S. D. (2010). Social Class As Moderator of the Relationship Between (Dis)Empowering Processes and Psychological Empowerment. *Journal of Community Psychology*, 38(5), 607–621. <https://doi.org/10.1002/jcop>
- Pickles, D. M., Lihn, S. L., Boat, T. F., & Lannon, C. (2020). A roadmap to emotional health for children and families with chronic pediatric conditions. *Pediatrics*, 145(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1324>
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.ª versão revista). doi: 10.13140/RG.2.2.16091.31528.
- Rokach, A. (2016). Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children. *Clinical Case Reports and Reviews*, 2(4), 399–401. <https://doi.org/10.15761/ccrr.1000227>
- Rossi, C. S., & Rodrigues, B. M. R. D. (2007). As implicações da hospitalização para a criança, sua família e equipe de enfermagem: um estudo exploratório descritivo. *Online Braz. j. Nurs. (Online)*. <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.1110/282>
- Watson, J., & Smith, M. C. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: A trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 452–461. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02112.x>
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing (2nd ed.)*. London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

**Apêndice VI – Poster com o tema Intervenções promotoras do desenvolvimento infantil dos 0 aos 8 anos: scoping review**



## Intervenções promotoras do desenvolvimento infantil dos 0 aos 8 anos: scoping review

Filipa Neves<sup>1</sup>, Elisabete Nunes<sup>2</sup>, Margarida Lourenço<sup>2</sup>, Sílvia Caldeira<sup>2</sup> e Zaida Charepe<sup>3</sup>

### Introdução

A criança é um ser vulnerável pelo que deve ser proporcionado condições favoráveis a um desenvolvimento global (Ordem Enfermeiros, 2010) o mais harmonioso possível para que possa atingir o seu potencial máximo. Sendo primordial conhecer intervenções que reduzam o impacto negativo das experiências adversas e potenciem experiências positivas tendo em vista melhorar a nutrição e a saúde da criança, promover ambientes seguros e de aprendizagem (Britto et al., 2017). A revisão pretende responder à questão: "Quais as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil na primeira infância nos cuidados de saúde?"

### Objetivo

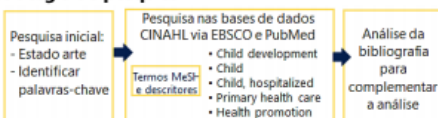
Mapear o conhecimento existente sobre as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil durante a primeira infância em contexto de cuidados de saúde.

### Materiais e Métodos

- **Método:** Scoping review segundo Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020)
- **Incluiu** todos os estudos:
  - Intervenções promotoras do desenvolvimento infantil
  - Crianças dos 0 aos 8 anos
  - Contexto de intervenção do enfermeiro
  - Set/2008 a out/2020
  - Idioma português e inglês
- **Estratégia de pesquisa**

**Excluídos** perturbações:

- desenvolvimento
- coordenação motora
- hiperatividade
- oposição e a conduta



Com base na estratégia de pesquisa foram identificados 1773 artigos potencialmente relevantes. Tendo incluído na scoping review 45 artigos, como demonstra a figura 1.

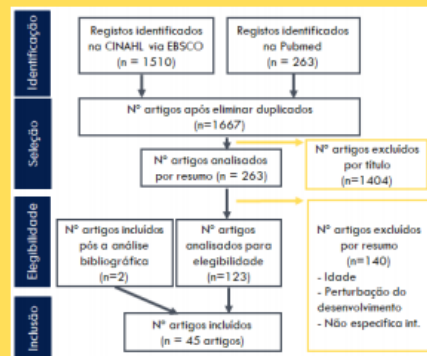


Figura 1 - Fluxograma PRISMA da seleção de artigos

### Resultados

Foram encontrados diversos artigos que abordam a temática da promoção do desenvolvimento infantil em diversas áreas estando representados no seguinte esquema:



### Conclusão

A promoção do desenvolvimento infantil na primeira infância é essencial pois o desenvolvimento e crescimento terá um grande impacto na vida futura da criança e mais tarde do adulto. Com a realização desta scoping review conseguiu-se mapear o conhecimento científico procurando evidências relativas a várias intervenções que o enfermeiro pode desenvolver nas várias valências da sua prática profissional de forma a promover o desenvolvimento da criança de forma harmoniosa.

<sup>1</sup>Estudante do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de ESIP. Enfermeira UCIN, CHLO - HSFX. Lisboa, Portugal, filipa.neves@gmail.com;  
<sup>2</sup>Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da saúde, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal;  
<sup>3</sup>Professora Associada, Instituto de Ciências da saúde, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal

