



**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 A SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA:  
DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA  
DE ENFERMAGEM**

**PROMOTING CHILD AND PEDIATRIC HEALTH:  
DIAGNOSIS AND SPECIALIZED NURSING  
INTERVENTION**

Por Marco André Martins Cabeça

Lisboa, março de 2022





**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 A SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA:  
DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA  
DE ENFERMAGEM**

**PROMOTING CHILD AND PEDIATRIC HEALTH:  
DIAGNOSIS AND SPECIALIZED NURSING  
INTERVENTION**

Por Marco André Martins Cabeça

Sob a orientação de Prof.<sup>a</sup> Doutora Sílvia Caldeira

Lisboa, 2022





Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a  
nós mesmos.

Friedrich Nietzsche





## Agradecimentos

À minha companheira e pais pela resiliência, apoio incondicional e compreensão durante todos os momentos da minha ausência ao longo deste difícil percurso.

À minha família pelo apoio e carinho à distância durante todo este percurso.

À minha melhor amiga pelo apoio e trabalho de equipa ao longo deste difícil percurso que iniciámos e terminámos juntos.

Ao meu filho, a quem infelizmente não tive a oportunidade de acompanhar o seu desenvolvimento como eu gostaria, mas que espero daqui para a frente poder dedicar-lhe todo o tempo que ele merece.

Às colegas de serviço que ao longo deste percurso facilitaram a troca de turnos e me apoiaram.

À Professora Doutora Sílvia Caldeira pelo seu apoio, disponibilidade, paciência e auxílio na realização deste percurso.

Às enfermeiras orientadoras que pela vossa disponibilidade e apoio foram cruciais para a minha aprendizagem e sucesso.

A todas as crianças e famílias a quem tive a oportunidade de prestar cuidados, aprender e me desenvolver enquanto pessoa e enquanto enfermeiro.

A todos o meu mais sincero “Obrigado”.

Não teria conseguido sem vós.

Marco Cabeça



## RESUMO

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica destaca-se pela capacidade de assistir a criança e família na otimização da sua saúde, de prestar cuidados diferenciados à criança e jovem numa situação especial complexidade e por prestar cuidados individualizados e adaptados à fase de desenvolvimento da criança e jovem, com vista à sua promoção.

A promoção da saúde é a área de intervenção do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica que visa não só a otimização do estado de saúde dos elementos da família e a adoção de comportamentos promotores de saúde, mas também a harmonia e saúde da família, enquanto estado dinâmico e alterável de bem-estar que inclui os fatores biológicos, psicológicos, sociais, espirituais e culturais da família.

O primeiro capítulo deste relatório consiste num enquadramento teórico da teoria de Promoção da Saúde na Prática de Enfermagem, desenvolvida por Nola Pender, que através do “Modelo de Promoção da Saúde” explica quais os fatores que influenciam o processo de promoção da adoção de comportamentos promotores de saúde e como a intervenção do enfermeiro deve ser orientada para que os seus objetivos sejam atingidos.

Posteriormente, é realizada uma reflexão sobre a relação entre os conceitos de diagnóstico de enfermagem e o desenvolvimento infantil, que contempla a *scoping review* desenvolvida com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre os indicadores de um desenvolvimento saudável no primeiro ano de vida, em contexto hospitalar e de cuidados de saúde primários. A realização desta *scoping review* pretendeu assim dar resposta à questão de revisão: “Quais os indicadores de um desenvolvimento saudável no recém-nascido e latente nos cuidados de enfermagem?”.

O segundo capítulo deste relatório contempla a reflexão sobre o desenvolvimento de competências ao longo dos diferentes contextos da prestação de cuidados de enfermagem.

A prestação de cuidados na unidade de cuidados intensivos neonatais foi desafiante por ser uma área de intervenção de elevada especificidade e complexidade, porém muito gratificante por ter possibilitado prestar cuidados ao recém-nascido com necessidades especiais e a sua família, e por ter contribuído para o desenvolvimento de competências fulcrais do enfermeiro especialista.

O estágio num serviço de urgência pediátrica permitiu desenvolver a capacidade de avaliar as necessidades da criança e família, de tomada de decisão e de intervenção na criança e família. A elaboração dos projetos desenvolvidos permitiu otimizar a intervenção da equipa de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, através da capacitação parental.

A prestação de cuidados numa unidade de saúde primária foi desafiante, dado que a minha experiência profissional é exclusivamente em contexto hospitalar, contudo permitiu-me desenvolver competências no âmbito da avaliação das necessidades da criança e família, tomada de decisão e de intervenção na prestação de cuidados antecipatórios, promotores da saúde e do desenvolvimento da criança e do bem-estar da família.

Através do percurso reflexivo exercido na realização deste relatório, foi possível compreender a importância do enfermeiro especialista enquanto dinamizador da prestação de cuidados de enfermagem e agente promotor da saúde e desenvolvimento infantil e pediátrico.

**Palavras-chave:** promoção da saúde, desenvolvimento infantil, saúde infantil e pediátrica, intervenção de enfermagem especializada

## **ABSTRACT**

The paediatric nurse stands out for the ability to assist children and families on optimizing their health, for providing differentiated care for children and young people in complex and special health situations and for providing individualized care, adapted to the child's developmental stage, to promote health.

Health promotion is the intervention of the paediatric nurse that aims not only to optimize the family members' health and to promote the adoption of health promotive behaviours, but also the harmony and family health, as a dynamic and changeable state of well-being that includes biological, psychological, social, spiritual and cultural factors.

The first chapter of this report focus on the theoretical framework of the Health Promotion in Nursing Practice, developed by Nola Pender, who through the "Health Promotion Model" explains which factors have influence on the process of adopting health promotion behaviours and how the nurse's intervention shall be guided to achieve those goals.

Subsequently, a reflection is carried out on the relationship between the concepts of nursing diagnosis and child development, which includes a scoping review that aims to identify the available scientific evidence on the milestones of a healthy child development on the first year of life, in hospital care and primary health nursing care. This scoping review aims to answer the review question: "What are the milestones of the healthy child development of the new-born and the infant in nursing care?"

The second chapter of the report includes the reflection on the skill development throughout the different nursing care contexts.

The nursing care on the NICU was challenging because it's a very specific and complex area of intervention, however it was gratifying due to the possibility of providing nursing care to the newborn with special needs and his family and due to the development of essential specialist nurse skills.

Providing nursing care on a paediatric emergency ward allowed me to develop the ability to assess the needs, make decisions and intervene in the child and family. The projects developed made it possible to optimize the nursing team intervention on health promotion through parental capacity.

Providing nursing care in a communitarian health centre was also very challenging, given that my professional experience is exclusively in a hospital context, however, allowed me to develop skills in the scope of assessing the needs of the child and family, decision making, and providing anticipatory nursing care to promote the health and development of the child and the well-being of the family.

Thanks to the reflective process exercised in the elaboration of this report, it was possible to understand the importance of the specialist nurse as a facilitator of nursing care delivery and agent of health and child development promotion.

**Key words:** health promotion, child development, child and paediatric health, specialized nursing intervention

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

p. – Página

p.e. – por exemplo

séc. – século



## **LISTA DE SIGLAS**

APP – Atendimento Permanente Pediátrico

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

JBI – Joanna Briggs Institute

LM – Leite Materno

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

SMSL – Síndrome de Morte Súbita do Lactente

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UPP – Unidade de Pneumologia Pediátrica

VNI – Ventilação Não Invasiva



## ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO .....	21
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	23
1.1 - Promoção da Saúde em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica .....	23
1.2 - Diagnóstico de Enfermagem relacionado com o desenvolvimento infantil .....	28
1.2.1 - Mapeamento da Evidência Disponível sobre os Indicadores de Desenvolvimento Infantil .....	31
1.3 - Intervenção Especializada na Promoção do Desenvolvimento Infantil.....	38
2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	41
2.1 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais .....	41
2.2 – Atendimento Permanente Pediátrico (APP).....	49
2.3 – Unidade de Cuidados de Saúde Primários .....	55
2.4 - Unidade de Pneumologia Pediátrica .....	64
3 - CONCLUSÃO .....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	71
ANEXOS .....	77
ANEXO 1 - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	79
ANEXO II – Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.....	89
ANEXO III – Certificado 1º Prémio (póster).....	95
ANEXO IV – Documento Oficial de Autorização para o uso da Figura 1 .....	99
ANEXO V – “ <i>Rank the Development</i> ” .....	105
ANEXO VI - Certificado de Formador da Sessão Formativa “Nariz Limpo, Bebê Feliz” e da Sessão Formativa “Sexualidade Saudável na Adolescência” .....	109
APÊNDICES .....	111
APÊNDICE I – Póster submetido no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem - “Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde” .....	115
APÊNDICE II – Fases de pesquisa da <i>scoping review</i> .....	119
APÊNDICE III – Critério de pesquisa utilizados para a pesquisa final realizada nas diversas bases de dados .....	125
APÊNDICE IV – Tabela para análise dos artigos selecionados .....	135
APÊNDICE V – Tabela dos artigos incluídos na <i>scoping review</i> .....	139

APÊNDICE VI – Fluxograma PRISMA 2020 referente à <i>scoping review</i> .....	145
APÊNDICE VII – Tabela dos Indicadores de um Desenvolvimento Saudável no Primeiro Ano de vida .....	149
APÊNDICE VIII - Tabela 1: Autores que apresentam indicadores iguais/semelhantes aos de Mary Sheridan .....	175
APÊNDICE IX - Tabela 2: Novos indicadores que surgem do trabalho dos autores dos estudos incluídos .....	183
APÊNDICE X - Tabela 3: Diferenças nas idades-chave dos autores comparativamente a Mary Sheridan .....	189
APÊNDICE XI - Livreto “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido” .....	199
APÊNDICE XII - Sessão Formativa “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido” ...	259
APÊNDICE XIII - Plano de Sessão Formativa “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido” .....	281
APÊNDICE XIV - Cartaz Divulgativo da Sessão Formativa “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido”.....	287
APÊNDICE XV - Cartaz Divulgativo exposto na Sala dos Pais .....	291
APÊNDICE XVI - <i>Feedback</i> obtido da Equipa de Enfermagem através do Instrumento Apreciativo da Sessão Formativa “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido” .....	295
APÊNDICE XVII - Livreto “As Cólicas no Bebê” .....	301
APÊNDICE XVIII – Livreto “The Baby’s Colic” .....	315
APÊNDICE XIX – Documento Informativo “As Cólicas no Bebê” .....	329
APÊNDICE XX – Documento Informativo “The Baby’s Colic” .....	335
APÊNDICE XXI – Folheto “Obstipação na Criança e Jovem” .....	341
APÊNDICE XXII – Folheto “Constipation in Children” .....	345
APÊNDICE XXIII – Documento Informativo “Obstipação na Criança e Jovem”.....	349
APÊNDICE XXIV – Documento Informativo “Constipation in Children” .....	355
APÊNDICE XXV – Cartaz Divulgativo “As Cólicas no Bebê” .....	361
APÊNDICE XXVI – Cartaz Divulgativo “Obstipação na Criança e Jovem”.....	365
APÊNDICE XXVII – Adaptação do trabalho da mestranda Ana Isabel Lopes: Documento Informativo “The Child’s Fever” .....	369

APÊNDICE XXVIII – Adaptação do trabalho da mestranda Ana Isabel Lopes: “Pocket Thermometer” .....	373
APÊNDICE XXIX – Adaptação do trabalho da mestranda Ana Isabel Lopes: Cartaz “The Child’s Fever” .....	377
APÊNDICE XXX – Adaptação do trabalho da mestranda Ana Isabel Lopes: Documento Informativo “Child Vomiting” .....	381
APÊNDICE XXXI – Adaptação do trabalho da mestranda Ana Isabel Lopes: Fluxograma “Child Vomiting” .....	385
APÊNDICE XXXII – Adaptação do trabalho da mestranda Ana Isabel Lopes: Cartaz “Child Vomiting” .....	389
APÊNDICE XXXIII – Sessão Formativa “A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Promoção da Saúde em Urgência Pediátrica” .....	393
APÊNDICE XXXIV – Plano de Sessão Formativa “A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Promoção da Saúde em Urgência Pediátrica” .....	397
APÊNDICE XXXV – <i>Feedback</i> obtido da Equipa de Enfermagem através do Instrumento Apreciativo da Sessão Formativa “A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Promoção da Saúde em Urgência Pediátrica” .....	401
APÊNDICE XXXVI – Documento Informativo do Projeto “Sexualidade Saudável na Adolescência” .....	405
APÊNDICE XXXVII – Sessão de Educação para a Saúde “Sexualidade Saudável na Adolescência” .....	459
APÊNDICE XXXVIII – Sessão Formativa do Projeto “Sexualidade Saudável na Adolescência” .....	465
APÊNDICE XXXIX – Plano de Sessão Formativa do Projeto “Sexualidade Saudável na Adolescência” .....	471
APÊNDICE XL – Vídeo “Nariz Limpo, Bebê Feliz” .....	477
APÊNDICE XLI – Documento Informativo “Nariz Limpo, Bebê Feliz” .....	481
APÊNDICE XLII – Panfleto Divulgativo “Nariz Limpo, Bebê Feliz” .....	487
APÊNDICE XLIII – Sessão Formativa do Projeto “Nariz Limpo, Bebê Feliz” .....	491
APÊNDICE XLIV – Plano de Sessão Formativa do Projeto “Nariz Limpo, Bebê Feliz” .....	499
APÊNDICE XLV – <i>Feedback</i> obtido da Equipa de Enfermagem através do Instrumento Apreciativo da Sessão Formativa “Nariz Limpo, Bebê Feliz” .....	503
APÊNDICE XLVI – <i>Feedback</i> obtido da Equipa de Enfermagem através do Instrumento Apreciativo da Sessão Formativa “Sexualidade Saudável na Adolescência” .....	507



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde ( <i>revised</i> ).....	23
---	----



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da realização da Unidade Curricular de Relatório Final e Estágio, integrada no 3º semestre do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e tem a finalidade de ser uma ferramenta de reflexão sobre todo o percurso e competências de EE e EESIP desenvolvidas.

O enfermeiro especialista diferencia-se por apresentar transversalmente à sua área de prestação de cuidados, a capacidade de basear a sua prática na clínica e especializada na evidência científica mais recente, bem como uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019, p. 4745).

Ao longo do curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o enfermeiro deverá demonstrar os conhecimentos e competências avançadas desenvolvidas na área da saúde infantil e pediatria, com o objetivo de individualizar, adaptar e elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem que presta à criança e família na qual está inserida (*International Council of Nurses*, 2019).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o EESIP deverá: a) assistir a criança/ jovem e família na otimização da sua saúde, b) cuidar da criança/ jovem em situações de especial complexidade e, c) prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança/ jovem (OE, 2018, p. 19192). Para desenvolver estas competências é necessário trabalhar e desenvolver o foco dos cuidados à criança (desde o momento do seu nascimento, até aos 18 anos de idade, salvo exceções em que o internamento em pediatria é permitido) e à sua família, numa parceria de cuidados, transversalmente ao contexto da prestação de cuidados.

O curso de mestrado proporciona ao enfermeiro/ mestrando, uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, de desenvolver a capacidade de perspetivar e entender diferentes filosofias de cuidados e de desenvolver competências técnico-científicas em diversos contextos de estágio, promovendo o aprimoramento das suas competências, conhecimento científico e incentivando a criação/desenvolvimento de ferramentas que permitem mobilizar e aplicar esse conhecimento na prestação de cuidados.

A escolha da temática desenvolvida ao longo dos estágios e neste relatório é a promoção da saúde infantil e pediátrica e surgiu após reflexão na prática profissional e áreas de intervenção de interesse pessoal. A promoção da saúde é uma área de intervenção de enfermagem orientada para a prestação de cuidados centrados na família, onde é possível, transversalmente ao contexto da prestação de cuidados, ter impacto positivo na dinâmica, funcionamento e bem-estar da família e no crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.

O primeiro capítulo deste relatório consistirá num enquadramento teórico da teoria “*Health Promotion in Nursing Practice*”, desenvolvida por Nola Pender, que através do “Modelo de Promoção da Saúde” explica quais os fatores que influenciam o processo de promoção de adoção de comportamentos promotores de saúde e como a intervenção do enfermeiro deve ser orientada para os seus objetivos sejam atingidos. Posteriormente, é realizada uma reflexão sobre a relação entre o diagnóstico de enfermagem e o desenvolvimento infantil, que fará também a articulação com a *scoping review* desenvolvida durante o curso. Para finalizar o primeiro capítulo, será apresentada uma reflexão sobre a importância da intervenção especializada do EESIP na promoção do desenvolvimento infantil.

O segundo capítulo deste relatório contempla a reflexão realizada sobre o percurso e competências desenvolvidas nos diversos contextos de estágios. O primeiro estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de um centro hospitalar na região de Lisboa, onde foi possível desenvolver competências na prestação de cuidados ao RN e família em situação de especial complexidade. O segundo estágio foi realizado num serviço de urgência também na região de Lisboa onde foi possível desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e família em situação de doença aguda. O terceiro local de estágio foi uma unidade de cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo onde foi possível realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Este segundo capítulo contempla também uma reflexão sobre a experiência e as competências desenvolvidas numa unidade de internamento pediátrico, contexto de estágio ao qual me foi possibilitada creditação.

Posto isto, este relatório foi realizado com o objetivo de expor o desenvolvimento pessoal e profissional decorrido ao longo do curso através de uma metodologia reflexiva e demonstrar o impacto e contributo do EESIP na promoção da saúde da criança e família e do desenvolvimento infantil.

Este trabalho está redigido segundo o novo acordo ortográfico.

## 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Organização Mundial da Saúde definiu, em 1946, o conceito de saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de saúde ou enfermidade” (Organização Mundial da Saúde, 2005, citado em Pender et al, 2015). Enquanto enfermeiros, somos regidos por uma deontologia profissional própria, onde está saliente no 89º Artigo, o nosso dever de humanizar os cuidados de enfermagem.

De acordo com a OE (2001), as intervenções de enfermagem são otimizadas quando temos por foco central dos cuidados toda a unidade familiar, “nomeadamente quando as intervenções visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde” (OE, 2001, p. 11). A promoção da saúde visa otimizar o estado de saúde do indivíduo e comunidades, através do seu *empowerment*, para que adotem comportamentos promotores de saúde e de um estilo de vida saudável.

O objetivo da intervenção do EESIP no âmbito da promoção da saúde da criança e da família não é somente a otimização do estado de saúde dos elementos da família e a alteração de comportamentos, mas também o bem-estar, harmonia e a saúde da família, enquanto estado dinâmico e alterável de bem-estar que inclui os fatores biológicos, psicológicos, sociais, espirituais e culturais da família (Pender et al, 2015).

### 1.1 - Promoção da Saúde em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1986), a promoção da saúde pode ser definida como “o processo que permite às pessoas aumentarem o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la” (*World Health Organization*, 1986, p. 2). Nola Pender criou o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) no ano de 1990, devido à crescente prática de cuidados com enfoque em atividades de enfermagem promotoras de comportamentos potenciadores de saúde ao longo do ciclo de vida (Sakraida, 2004).

O MPS atual, surgiu após revisão do original, tendo sido publicado em 1996 e engloba uma descrição (feita através dos seus componentes estruturais e funcionais), análise (processo de identificação de partes e componentes), crítica (exame ou estimativa de uma

situação), teste teórico (avaliação para a utilidade da teoria) e teste de apoio (verificando alternativas de validação congruente com a natureza da disciplina) (Victor et al, 2005).

Segundo Pender et al (2015), o MPS consiste numa abordagem explicativa da natureza multifacetada da procura de comportamentos de saúde das pessoas enquanto contactam com o ambiente em seu redor e que permite ao enfermeiro promover no cliente a responsabilidade e liderança na mudança de comportamentos de saúde individuais e familiares. De acordo com a teórica, existem processos biopsicossociais complexos que motivam os indivíduos a ter comportamentos orientados para a melhoria da saúde (Sakraida, 2004), pelo que é importante o EESIP otimizar a sua intervenção no sentido de procurar e promover oportunidades para trabalhar com a criança/ jovem e família, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (OE, 2018).

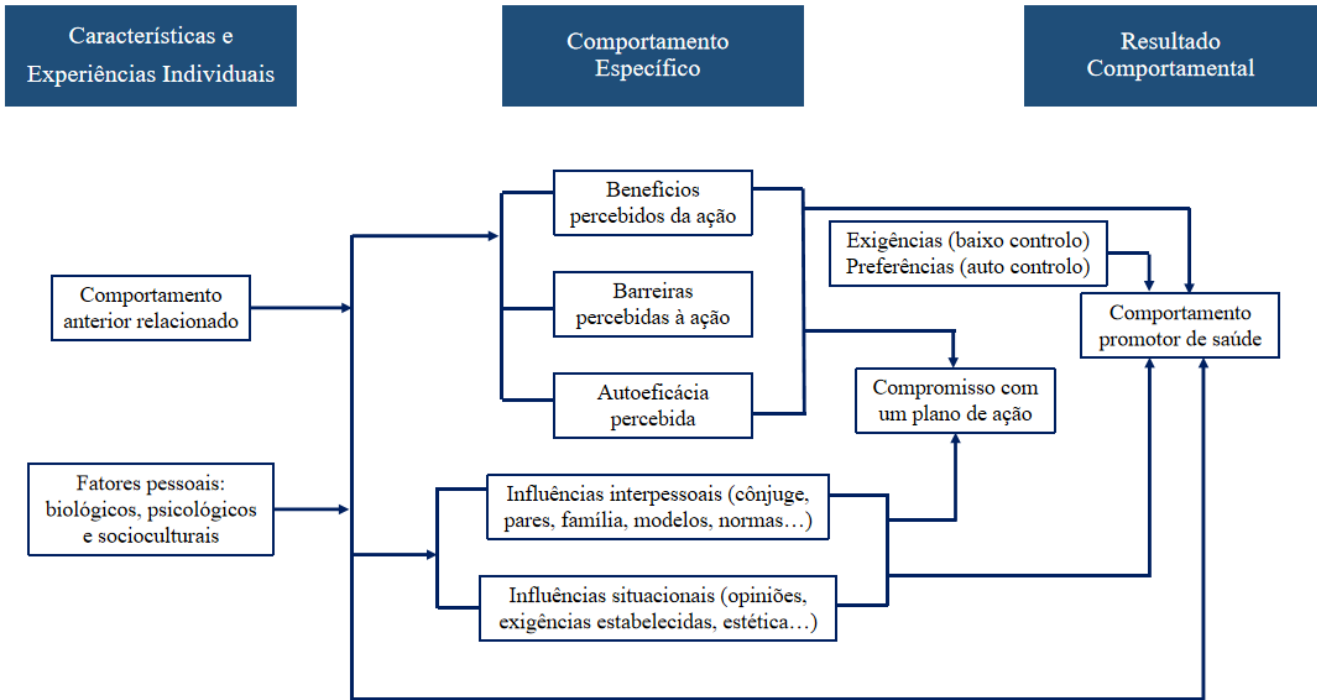
Os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem podem também ser entendidos do ponto de vista da teoria “*Health Promotion in Nursing Practice*” de Nola Pender, sendo o conceito de pessoa definido como o indivíduo capaz de tomar decisões e de resolver problemas, estando a ênfase deste conceito no potencial que a pessoa apresenta para mudar os seus comportamentos, em prol de comportamentos promotores de saúde (Victor et al, 2005).

O conceito de saúde é perspectivado sob os aspetos individual, familiar e comunitário, com ênfase principalmente na promoção do bem-estar e desenvolvimento de capacidades, em vez da ausência de doenças, tendo em atenção uma perspetiva holística e valorizando a idade, raça e cultura da pessoa e família em que está inserida (Victor et al, 2005).

O conceito de ambiente pode ser entendido como o resultado da relação entre os indivíduos e o seu acesso a recursos de saúde, sociais e económicos. Nesta teoria, o ambiente assume um papel fulcral na intervenção do enfermeiro, uma vez que pode ser promotor de hábitos de vida saudáveis ou não saudáveis. Para terminar, os cuidados de enfermagem podem ser entendidos como intervenções e estratégias que a enfermagem possui para promover a saúde (Victor et al, 2005).

Para otimizar a intervenção do enfermeiro no âmbito da promoção da saúde é necessário compreender os diversos conceitos associados ao modelo e como se relacionam entre si, tal como é possível observar no diagrama do MPS (Figura 1).

Figura 1 – Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde (*revised*)



Fonte: Adaptado da *Figure 2-3* (p.35) in Pender, N.; Murdaugh, C. & Parsons, M. (2015). *Health promotion in nursing practice*. (7ª ed.). Pearson Education (ver anexo IV)

Para alterar o comportamento da criança/jovem e da família é necessário identificar os comportamentos prévios nos quais pretendemos intervir e quais os fatores associados que influenciam esse comportamento. Para tal, o MSP introduz os conceitos designados de comportamento anterior relacionado e fatores pessoais.

O comportamento anterior relacionado influencia direta e indiretamente a probabilidade do indivíduo se envolver no processo de alteração de comportamento. Isto significa que a frequência com que a pessoa adota o comportamento que se pretende alterar tem influência na predisposição e no desejo de se envolver no processo de promoção da saúde. Os fatores pessoais consistem nos fatores preditores de um determinado comportamento e são classificados como biológicos (idade, índice de massa corporal, força, rapidez...), psicológicos (autoestima, motivação...) e socioculturais (etnia, raça, religião, cultura...) (Pender et al., 2015).

Após compreender o comportamento da criança/ jovem e família que se pretende promover a alteração ou adoção, é fulcral que o enfermeiro seja capaz de identificar as variáveis específicas do comportamento que podem influenciar positivamente a sua intervenção. Para assegurar uma intervenção eficaz, é necessário que o enfermeiro seja capaz

de promover na criança/ jovem e família, a percepção dos benefícios que este comportamento promotor de saúde trará, quais as adversidades que poderão surgir e também quais os fatores externos que podem influenciar positiva ou negativamente o processo de promoção a saúde. Os benefícios percebidos da ação consistem nas representações mentais concebidas antecipadamente, das implicações/consequências positivas inerentes à adoção do comportamento promotor de saúde. Por este motivo, os benefícios são propostos com o objetivo de motivar a criança e família a envolverem-se no processo de adoção de comportamentos promotores de saúde (Pender et al, 2015).

As barreiras percebidas à ação são as percepções negativas, reais ou não, que o indivíduo percebe, tais como inconveniências ou custos para a criança e família... São os obstáculos percebidos pelo outro, que influenciam negativamente a adoção de comportamentos promotores de saúde.

A autoeficácia percebida consiste no julgamento da capacidade pessoal para atingir um determinado desempenho, ou seja, a percepção da própria capacidade de organizar e implementar um determinado comportamento, ponderando quais os benefícios e consequências de adoção de um comportamento promotor de saúde (Pender et al, 2015).

As influências interpessoais são os processos cognitivos que envolvem o comportamento, crença ou atitude do outro, que poderá dificultar a adoção do comportamento promotor de saúde, sendo que no caso da criança e jovem geralmente se referem aos pais, família e pares. Por conseguinte, as influências interpessoais contemplam normas sociais (a expectativa de alguém significativo), apoio social e a modelagem (aprendizagem através da observação do outro) (Pender et al, 2015).

As influências situacionais consistem na percepção e cognição pessoal de uma situação ou contexto facilitar ou dificultar a execução de um comportamento, ou seja, as opções disponíveis, as exigências inerentes à adoção/alteração do comportamento e as características do ambiente e contexto no qual o comportamento é suposto ocorrer (Pender et al, 2015). Consequentemente, as influências situacionais podem ter um papel determinante na promoção da saúde, através da criação e desenvolvimento de um ambiente estimulante e propício à ocorrência do comportamento promotor de saúde.

O compromisso com o plano de ação é um conceito-chave no MPS, uma vez que o compromisso da criança/ jovem e família se constitui como um impulso em direção à adoção do comportamento promotor de saúde pretendido, caso não se apresente nenhum obstáculo que possa comprometer a intervenção do enfermeiro (Pender et al, 2015).

A fase de compromisso com o plano de ação implica assim, a intenção da criança/jovem e família em mudar o(s) seu(s) comportamento(s), tal como o respetivo compromisso de executar o comportamento pretendido; e o planeamento de estratégias a implementar para que a intervenção seja bem-sucedida. O enfermeiro deverá basear o planeamento das estratégias a implementar, no respeito pelas idiossincrasias da criança e família, otimizando a motivação, os recursos e os pontos fortes da família, de modo a aumentar a probabilidade de sucesso da sua intervenção.

As exigências e preferências consistem nos comportamentos e pensamentos que surgem no outro, antes da adoção do comportamento promotor de saúde. Nas exigências, a pessoa apresenta pouca capacidade de controlo devido a fatores ambientais e/ou pessoais e familiares, sendo que falhar na satisfação destas exigências pode ter impacto negativo para a própria pessoa e/ou família, comprometendo o processo de mudança de comportamentos. As preferências, pelo contrário, podem ter impacto positivo na adoção de comportamentos, uma vez que a pessoa detém maior controlo sobre estas (Pender et al, 2015).

A promoção da saúde, quando bem-sucedida, termina no comportamento promotor de saúde, ou seja, na adoção de um comportamento cujo objetivo é a obtenção de ganhos para a saúde, neste caso, da criança/jovem e da família na qual se insere. Estes comportamentos quando integrados num estilo vida saudável, promovem a saúde, desenvolvimento e qualidade de vida da criança e jovem ao longo do seu crescimento.

Segundo Pender et al (2015), é possível identificar vários fatores promotores da saúde passíveis de intervenção, tais como um estilo de vida saudável, o autocuidado, uma alimentação equilibrada, atividade física, gestão do stress... Assim, se a criança e família compreenderem e valorizarem comportamentos e estilos de vida saudáveis, a intervenção do EESIP na implementação e comportamentos promotores de saúde será facilitada.

Após a interpretação do MPS, é possível estabelecer relação entre os conceitos inerentes e a prestação de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica. Na sua prática, o EESIP deve identificar as características e experiências pessoais que influenciam e desencadeiam o comportamento que se pretende alterar (p.e. ter uma experiência pessoal negativa relacionada com o comportamento que se pretende adotar, enquanto pai/mãe ter receio de causar dor ou desconforto no filho, ter mais filhos poderá facilitar o processo de adoção de comportamentos promotores de saúde e do desenvolvimento infantil...) e intervir através da partilha de conhecimento e de informação, esclarecendo os benefícios que a adoção do comportamento promotor de saúde poderá ter não só para a promoção da saúde da criança e família, mas também para o seu desenvolvimento. Em Portugal, o Plano

Nacional de Saúde Infantil e Juvenil é um dos principais instrumentos orientadores da ação do EESIP, definindo linhas orientadoras para o acompanhamento e vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil.

## 1.2 - Diagnóstico de Enfermagem relacionado com o desenvolvimento infantil

Segundo Margato, “Os cuidados de enfermagem de qualidade são prestados por enfermeiros, cujas decisões se revistam de pensamento crítico, sendo que uma boa prática é intuitiva, pensada, autoconscienciosa e crítica.” (Margato, C., 2010, p. 4). No quotidiano profissional do enfermeiro, a tomada de decisão clínica implica pensamento crítico e conhecimento. A prática de cuidados gere-se pelo processo, e como tal, o enfermeiro pode recorrer a diversos modelos de raciocínio clínico, dos quais, a partir de uma colheita de dados e perspicaz avaliação das necessidades, consegue obter a informação necessária para que sejam identificados os diagnósticos de enfermagem.

O processo de enfermagem é um instrumento para a sistematização da prática, possibilita a organização da informação, dos seus elementos e da sua documentação para a tomada de decisão (Fernandes & Andrade, 2020). O raciocínio clínico, enquanto base do diagnóstico de enfermagem, é essencial para uma tomada de decisão consciente e deliberada na prestação de cuidados de enfermagem, promovendo segurança e eficácia (Carvalho et al, 2017). Posto isto, é importante o EESIP desenvolver a sua capacidade de pensar, raciocinar, compreender e usar conscientemente a informação obtida e de tomar decisões (Carvalho et al, 2017).

O raciocínio clínico, que consiste no processo de pensamento que se apoia nas habilidades do nosso pensamento crítico, bem como a predisposição do enfermeiro para a tomada de decisão, são fundamentais para a conceção do diagnóstico e julgamento clínico com a avaliação do mesmo (Carvalho et al, 2017). O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre respostas/experiências atuais ou potenciais do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde/processos de vida e proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem a implementar, com o objetivo de se atingir os resultados esperados pelos quais o enfermeiro é responsável (Herdman et al, 2021).

Para identificar os diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro aplica o raciocínio clínico na sua prática, ao obter a informação de que necessita através da colheita de dados e, assim, promove, organiza e otimiza as intervenções de enfermagem e respetiva avaliação dos resultados (Carvalho et al, 2017).

Na promoção da saúde da criança e família, é fulcral a capacidade de raciocínio clínico do EESIP para avaliar as necessidades da criança e família e através da seleção dos diagnósticos de enfermagem, delinear um plano de cuidados e estratégias a implementar, com vista à adoção de comportamentos promotores de saúde. Para tal, é importante a existência de uma estrutura para o raciocínio com foco nos resultados, dado que permite uma intervenção mais fundamentada e uma monitorização efetiva dos resultados ao medir a oscilação dos indicadores ao longo do plano e prestação de cuidados de enfermagem. Deste modo, o EESIP consegue otimizar a sua intervenção e eventualmente proceder às alterações necessárias no plano de cuidados, para que os objetivos definidos sejam atingidos, neste caso, que a criança e/ou família adote comportamentos promotores de saúde.

Quando o EESIP intervém no âmbito da promoção da saúde da criança e jovem, avaliando as necessidades da criança e família e delineando um plano de estratégias que resultem na adoção de comportamentos promotores de saúde, está através da sua intervenção a assegurar e otimizar o crescimento e desenvolvimento infantil. Porém, para que tal seja possível, é necessário que o EESIP seja dotado de um conhecimento vasto sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, sobre as idiosincrasias de cada fase de desenvolvimento, as diversas teorias de desenvolvimento, quais os indicadores que indicam um desenvolvimento expeável e saudável e quais indicam um risco de compromisso ou efetivo compromisso do desenvolvimento.

O desenvolvimento infantil consiste num processo de mudanças físicas, onde os sistemas são alvo de uma maturação progressiva, e aquisição de competências a nível do desenvolvimento psicossocial, cognitivo, da imagem corporal, da identidade de género e social (Hockenberry & Wilson, 2014). Este processo é dinâmico e contínuo, variando de criança para criança, sendo que o importante é não esquecer que as crianças não se desenvolvem todas de igual forma, cada criança é diferente e especial, pelo que o EESIP deverá na sua intervenção avaliar as necessidades específicas daquela criança (e família) e, deste modo, adaptar e individualizar as suas intervenções a fim de atingir os objetivos pretendidos. Esta diferença no crescimento e desenvolvimento deve-se a variações no ritmo a que cada criança se desenvolve e adquire novas competências e, no cumprimento das etapas do desenvolvimento que dependem da variabilidade genética, relação social, experiência adquirida, entre outros fatores (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Os primeiros anos de vida de uma criança são muito importantes, uma vez que este é um período de grande oportunidade de crescimento e vulnerabilidade (Thompson, 2001). Segundo Walker et al (2011), as experiências precoces que ocorrem nos primeiros anos de

vida de uma criança, têm um grande impacto na estrutura e funcionamento cerebral e consecutivamente no seu desenvolvimento. Além disso, é também no primeiro ano de vida que ocorrem várias oportunidades de crescimento e desenvolvimento que são influenciadas pelo ambiente sociocultural onde as crianças estão inseridas (Chora, M., 2020).

O recém-nascido (RN) quando nasce tem os seus órgãos sensoriais ativos e preparados para adquirir novos conhecimentos, sendo necessário condições para o seu desenvolvimento nomeadamente uma ambiente de interação de qualidade com os seus cuidadores (Fernandes & Andrade, 2020). É necessário compreender o desenvolvimento infantil de modo a identificar o crescimento e desenvolvimento saudáveis, tendo em consideração que estes limites de normalidade são amplos e influenciados por diversos fatores (Direção-Geral da Saúde, 2013). Só detendo este conhecimento é que o EESIP consegue eficazmente identificar quando está presente um desvio fisiológico ou patológico, e consecutivamente referenciar para uma avaliação diferenciada (Direção-Geral da Saúde, 2013) e planear e intervir de acordo com as necessidades da criança, potenciando o seu crescimento e desenvolvimento (Fernandes & Andrade, 2020).

A edição atual da NANDA-I apresenta uma nomenclatura de quatro tipos de diagnóstico de enfermagem: focados no problema, de risco, de promoção da saúde e síndrome (que se encontra limitado em número na taxonomia), sendo classificados de acordo com 13 domínios e 47 classes (Herdman et al, 2021). O domínio 13, “Crescimento/Desenvolvimento” inclui duas classes, sendo uma apenas intitulada “Desenvolvimento”, onde estão listados quatro diagnósticos de enfermagem (sendo dois destes, diagnósticos de risco): atraso do desenvolvimento infantil, risco de atraso do desenvolvimento infantil, atraso do desenvolvimento motor infantil e risco de atraso do desenvolvimento motor infantil (Herdman et al, 2021).

Simultaneamente, a CIPE® 2.0 encontra-se estruturada de acordo com um modelo de sete eixos que podem ser organizados de modo a aceder-se rapidamente um grupo específico de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, sendo eles: foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente, além dos eixos de diagnósticos/resultados e de intervenções de enfermagem (Garcia et al, 2020). Na atual edição é possível identificar no eixo “Diagnósticos/resultados de enfermagem” os seguintes diagnósticos: Desenvolvimento da criança comprometido, Desenvolvimento da criança efetivo, Desenvolvimento do adolescente comprometido, Desenvolvimento do recém-nascido comprometido, Desenvolvimento infantil comprometido, Risco de desenvolvimento da criança comprometido e Risco de desenvolvimento infantil comprometido (Garcia et al, 2020).

### 1.2.1 - O desenvolvimento saudável do recém-nascido e lactente nos cuidados de enfermagem: uma revisão *scoping*

Sendo o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil tão importante para a intervenção do EESIP e consecutiva promoção da saúde e do desenvolvimento da criança e jovem, quer em contexto hospitalar, quer em cuidados de saúde primários de enfermagem, considerei pertinente, no âmbito da investigação e promoção da prática baseada na evidência, a realização de uma *scoping review*. Após uma pesquisa inicial na *JBI Evidence Synthesis*, *Prospero* e *Open Science Framework* não foi possível identificar nenhum protocolo registado ou revisão em curso, motivo pelo qual se procedeu à realização desta *scoping review*, que foi realizada em coautoria e encontra-se neste momento ainda em desenvolvimento, com o objetivo de ser posteriormente publicada. Em novembro de 2021, o protocolo desta *scoping review* foi apresentado em formato de *póster* (apêndice I) no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, de tema “Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde”, tendo ganho o 1º prémio (ver anexo III).

A compreensão deste tema por parte do enfermeiro é essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem que presta, no que diz respeito à promoção do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, independentemente do contexto hospitalar ou de cuidados de saúde primários onde a criança e família esteja inserida. Posto isto, esta *scoping review* foi realizada com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre os indicadores de um desenvolvimento saudável no primeiro ano de vida, em contexto hospitalar e de cuidados de saúde primários de enfermagem. A realização desta *scoping review* pretende dar resposta à questão de revisão: “Quais os indicadores de um desenvolvimento saudável no recém-nascido e latente nos cuidados de enfermagem?”, sendo que através desta questão se pretende identificar os sinais do desenvolvimento infantil do recém-nascido e lactente nos cuidados de enfermagem, mapeando a evidência disponível que permita identificar indicadores de um desenvolvimento saudável, para previsão de situações futuras e respetiva intervenção antecipatória.

#### **Critérios de inclusão**

##### *População*

Esta revisão tem em consideração estudos que incluam neonatos (pessoa <28 dias de idade) e lactentes (criança < 1 ano de idade), seguindo os critérios do eixo 5: idade da NANDA-I 2021-2023 (Herdman et al, 2021).

### *Conceito*

O conceito desta revisão é o desenvolvimento saudável, tendo como referência os domínios presentes na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem e comportamento e adaptação social (Direção-Geral da Saúde, 2013).

### *Contexto*

Esta revisão de *scoping* foca-se no contexto dos cuidados de enfermagem tanto em âmbito hospitalar bem como de consulta de enfermagem em contexto de cuidados de saúde comunitários, independentemente da especialidade da consulta.

### *Tipo de estudos*

Para esta revisão de *scoping* foram considerados estudos de natureza qualitativa, quantitativa, metodológica ou síntese, em português e/ou inglês, que estejam disponíveis nas bases de dados internacionais, bem como teses de mestrado ou doutoramento, artigos de opinião/expertise e ainda normas e orientações da Direção-Geral de Saúde.

### **Critérios de exclusão**

Excluíram-se trabalhos sobre recém-nascidos e lactentes de pré-termo, com doença crónica e/ou investigação em contexto das ciências da educação. Foram também excluídos relatórios de estágio e livros.

### **Metodologia**

Para otimizar a pesquisa, esta foi dividida em três fases (apêndice II). Na primeira fase foi realizada uma pesquisa exploratória na plataforma EBSCO, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e *Nursing Reference Center*, com os termos livres do PCC em língua portuguesa e inglesa. Na segunda fase, foi feita inicialmente uma pesquisa exploratória na plataforma EBSCO e *Nursing Reference Center* baseada nos descritores MeSH e DeCS (ver apêndice III) e depois, realizada a pesquisa final nas plataformas RCAAP e Bando de Teses do Brasil e nas bases de dados *CINHAL*, *MedicLatina*, *MedLine*, *APA PsycArticles*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Academic Search Complete* e *Nursing Reference Center*, também com base nos descritores e respetiva família de palavras na plataforma MeSH. Para terminar, na terceira fase de pesquisa foram analisadas as referências bibliográficas de todos os documentos incluídos na *scoping review*.

### *Seleção e extração dos resultados*

As pesquisas obtidas foram importadas para a plataforma Rayyan QCRI, onde após eliminação dos duplicados, foi feita leitura dos títulos e dos resumos por dois revisores independentes, sendo as discordâncias resolvidas por um terceiro revisor.

Após seleção dos resultados foram extraídos os artigos selecionados pelos dois revisores bem como os selecionados pelo terceiro revisor, para leitura integral do texto.

### *Apresentação de resultados*

Para a análise dos artigos foi elaborada uma tabela (apêndice IV) de modo a sistematizar e organizar a informação, tendo em conta a caracterização do artigo (ano, título, autores, fonte, país, contexto) e os quatro domínios do desenvolvimento infantil segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Direção-Geral da Saúde, 2013). Dos 1211 artigos identificados para leitura do título e resumo foram selecionados em concordância pelos dois revisores, para análise do texto integral, 137 artigos, dos quais 39 não estavam disponíveis em acesso aberto<sup>1</sup>.

Após leitura integral dos 98 artigos foram incluídos seis e excluídos 74 pelos dois revisores, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão. Os 18 artigos restantes, por não estarem em concordância pelos dois revisores, foram analisados por um terceiro revisor independente, tendo este incluído sete artigos e excluído 11 artigos. No total foram incluídos 13 artigos para discussão neste trabalho, dos quais foi analisada a bibliografia, tendo sido identificados pelos dois revisores e incluídos neste trabalho cinco artigos que se enquadram na questão de revisão e que respeitam os critérios de inclusão e exclusão. Após a resolução de conflitos pelo terceiro revisor (apêndice V), foram juntos três artigos. Os resultados estão apresentados segundo o fluxograma PRISMA SR (apêndice VI).

## **Resultados**

Nos 21 estudos desta revisão estão incluídos 16 artigos científicos de estudos de natureza qualitativa, quantitativa, metodológica ou síntese e de opinião/*expertise*, publicados em revistas internacionais (76,2%), duas dissertações para obtenção do grau de mestre (9,5%), duas teses para obtenção do grau de doutor (9,5%) e um artigo apresentado numa reunião bienal (4,8%). Destes estudos, dois (9,5%) são da década de 60, 11 (52,4%) da

---

<sup>1</sup> Dos 39 artigos, 13 foram requisitados via online à biblioteca da Universidade Católica Portuguesa, da qual ainda se aguarda resposta.

década de 70 e os restantes oito (38,1%) após o ano 2000, sendo seis (28,6%) após o ano de 2010.

Os resultados foram extraídos segundo os quatro domínios identificados por Mary Sheridan, e dizem respeito aos indicadores apresentados pelos autores dos estudos incluídos (apêndice VII). Consecutivamente, foi possível verificar autores que vão ao encontro dos indicadores do desenvolvimento infantil de Mary Sheridan, tal como demonstrado no apêndice VIII (Tabela 1). Foram também identificados novos indicadores nos estudos incluídos, sendo apresentados na tabela que é possível consultar no apêndice IX (Tabela 2). Por fim, foram identificadas discrepâncias entre as idades apontadas nos estudos incluídos e as idade-chave de identificação e avaliação dos indicadores do desenvolvimento infantil de Mary Sheridan, como é possível observar na tabela 3, presente no apêndice X (Tabela 3).

## **Discussão**

O desenvolvimento infantil é um conceito que tem vindo a ser explorado ao longo dos tempos, com estudos científicos publicados desde o final do séc. XIX. Vários autores que trabalharam o desenvolvimento infantil, identificaram não só indicadores que o caracterizam, mas também fatores que o influenciam positiva e negativamente e fatores de risco. Desses autores destacam-se teóricos como Piaget, que aborda a Teoria do Desenvolvimento Cognitivo (Haith & Campos, 1977; Souza & Veríssimo, 2015; White *et al.*, 1964), Erikson com a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial (Souza, 2014; Souza & Veríssimo, 2015), Bowlby que desenvolveu a Teoria de Vinculação e Bronfenbrenner que apresenta a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (Souza & Veríssimo, 2015). Muitos dos estudos excluídos no processo de seleção apenas fazem referência a estas teorias, não apresentando novos resultados relativamente aos indicadores do desenvolvimento.

Mary Sheridan, médica no Reino Unido, destacou-se por ser perscrutora do desenvolvimento infantil nos anos 60, ao promover avaliações regulares do desenvolvimento infantil, bem como sessões de formação a outros médicos e profissionais (Sharma & Cockerill, 2014). Sheridan escreveu o seu primeiro livro, “*Developmental Progress of Infants and Young Children*” em 1960, tendo este se tornado em 1973 na primeira edição do conhecido título “*From Birth to Five Years*” (Sharma & Cockerill, 2014).

Coincidente com o aparecimento dos trabalhos de Mary Sheridan, surgiu um aumento de estudos sobre o desenvolvimento infantil, principalmente na década de 70 e que se mantém até à atualidade. Dos trabalhos elegíveis para leitura do título e resumo, foi

notória uma grande concentração de artigos na década de 40, tendo diminuído posteriormente até aos anos 60. No entanto dos estudos incluídos nesta revisão, estes têm maior foco na década de 70 e no séc. XXI, onde neste último se revelou um maior interesse académico em várias disciplinas, nomeadamente na Enfermagem.

Quando se fala no desenvolvimento infantil são vários os estudos que optam por utilizar escalas validadas para avaliação do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida para se referirem aos indicadores: Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan, Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil “*The Schedule of Growing Skills*”, Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, *Test of Infant Motor Performance*, Escala Bayley de Triagem de Desenvolvimento e Teste de Denver (Souza, 2014). Há também referência ao instrumento “Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil – IRDI” (Tocchio, 2013 e Kupfer, et al, 2009) e ainda referência à Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde do Brasil (Melo, 2018), integrada no Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança e na Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na infância (AIDPI).

A Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada é a escala de referência utilizada na avaliação do desenvolvimento infantil em Portugal, inserida no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil do Ministério da Saúde e também no Programa Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), estando integrada no *software S-Clinic*<sup>2</sup>, pelo que é com base nos indicadores presentes nesta escala que foram interpretados os indicadores extraídos dos estudos.

Dos quatro domínios propostos por Mary Sheridan, o comportamento e adaptação social foi o domínio que apresentou mais indicadores presentes nos estudos incluídos, seguido pelos domínios da visão e motricidade fina, audição e linguagem e por fim a postura e a motricidade global. Para o domínio da Visão e Motricidade Fina foram incluídos estudos mais antigos, comparativamente aos restantes domínios.

Foi também possível identificar autores que vão ao encontro dos indicadores do desenvolvimento infantil de Mary Sheridan, apresentados na tabela 1, o que nos permitiu verificar que nem todos os indicadores de avaliação propostos pela autora nos vários domínios foram explorados nos estudos incluídos. Isto deve-se ao facto destes se focarem na investigação e estudo de indicadores específicos de um domínio em particular, tendo uma população também ela específica com intervalos de idades definidos, não se identificando

---

<sup>2</sup> Programa informático utilizado para registos de enfermagem nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Unidades de Saúde Familiar

no geral estudos cujo foco seja a avaliação do desenvolvimento infantil dos 0 aos 12 meses, com descrição detalhada de todos os indicadores, uma vez que apenas três dos estudos incluídos; Honig (1970), Souza (2014) e Souza & Veríssimo (2015), apresentam alguns indicadores referindo-se ao primeiro ano de vida na sua generalidade.

No entanto, o que mais se verificou nos estudos incluídos comparativamente à escala de avaliação de Mary Sheridan foi a existência de outros indicadores saudáveis do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida (apêndice IX), muitos deles bastante específicos e pormenorizados, nomeadamente no que diz respeito a comportamentos expectáveis em relação a um ou mais estímulos a que o recém-nascido e/ou lactente foram expostos em diversas situações. Para além das diferenças nos indicadores apresentados por Sheridan, dos apresentados nos estudos incluídos e trabalhados pelos diferentes autores, foi ainda possível verificar que entre estes, por vezes, existe discrepância nas idades apontadas como sendo as idade-chave de identificação e avaliação dos indicadores do desenvolvimento infantil saudável (apêndice X).

Apesar das diferenças encontradas quer nos indicadores referidos, quer nas idades-chave, o desenvolvimento infantil revela-se um conceito que tem vindo a ser estudado e trabalhado por diversos autores, em diferentes contextos, nomeadamente por enfermeiros que procuram desenvolver competências académicas de grau superior.

Por conseguinte, o enfermeiro faz utilização de referenciais teóricos que fundamentam a sua prática clínica e que lhe permitam uma avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, oferecendo cuidados de excelência baseados na evidência clínica. Para tal, sustenta a sua tomada de decisão no raciocínio clínico, que lhe permite identificar fatores que influenciam o desenvolvimento infantil, promover a parentalidade e identificar fatores de risco que lhe permitem antecipar e referenciar casos onde são identificados desvios aos indicadores de desenvolvimento saudável. Para tal, é utilizada linguagem CIPE e feita referência à nomenclatura da NANDA-I, para identificação dos diagnósticos.

Souza (2014) e Souza & Veríssimo (2015), foram duas enfermeiras que se destacaram nos estudos incluídos, não tanto pela apresentação de indicadores saudáveis específicos para cada idade, uma vez que apresentam os mesmos para o primeiro ano de vida no geral e com referência a escalas por vezes, mas pelo facto de terem desenvolvido o conceito que permite contribuir para a construção de um diagnóstico de enfermagem válido, segundo a nomenclatura da NANDA-I, sendo que este é construído segundo um sistema de sete eixos: “*the focus of the diagnosis*”, “*subject of the diagnosis*”, “*judgment*”, “*location*”, “*age*”, “*time*” e “*the status of the diagnosis*” (Herdman et al, 2021, p. 165).

Assim, Souza & Veríssimo (2015) realizaram uma análise de conceito que contribuiu para que o diagnóstico de enfermagem relacionado com o desenvolvimento infantil fosse revisto, a fim de ser aplicado na prática clínica. A revisão dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I levou a que no domínio 13 (Crescimento/Desenvolvimento) da edição 2021-2023 fossem incluídos mais diagnósticos referentes à classe do desenvolvimento, comparativamente à versão 2018-2020, o que revela que o conceito em análise tem vindo a ganhar maior importância na prática de enfermagem e que se confirma com os estudos analisados e incluídos nesta *scoping Review*.

Na edição anterior existia apenas um diagnóstico de enfermagem na classe do desenvolvimento: “*Risk for delayed development*” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 507), enquanto que na versão mais atual é possível verificar a existência de 4 diagnósticos de enfermagem para a mesma classe, e são eles: “*Delayed child development*”, “*Risk for delayed child development*”, “*Delayed infant motor development*” e “*Risk of delayed infant motor development*” (Herdman et al, 2021, p. 567). No entanto, para que estes sejam identificados na prática clínica é necessário que os enfermeiros tenham conhecimento profundo dos vários indicadores, das suas especificidades e das suas características definidores, bem como dos fatores influenciáveis e fatores de risco.

Só quando o enfermeiro é detentor deste conhecimento, lhe é possível selecionar as intervenções mais adequadas, independentemente de ser apenas necessário vigilância e/ou promoção/estimulação do desenvolvimento ou mesmo quando este está comprometido e necessita de encaminhamento e/ou de uma intervenção especializada e diferenciada. Coelho et al. (2016) resumem de forma pertinente e explícita a intervenção necessária, consoante o resultado que emerge da utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil, neste caso “*The Denver II*” (p. 507), tal como é possível observar no anexo V.

## **Conclusão**

O desenvolvimento infantil é uma preocupação identificada pelos autores nos trabalhos incluídos nesta *scoping review*, o que foi notório pelo grande número de trabalhos encontrados e selecionados para análise, o que reflete a preocupação na produção de conhecimento científico para uma prática baseada na evidência e assim se atingir a excelência dos cuidados, neste caso, centrados no recém-nascido/lactente e família, através do levantamento de diagnósticos de enfermagem fiáveis segundo a NANDA-I e da identificação de intervenções o mais precoce e adequadas possíveis.

Para tal, foi feita referência à utilização de escalas de avaliação do desenvolvimento infantil e/ou experiências de vários teóricos na exploração dos indicadores de desenvolvimento saudável, o que conseqüentemente permitiu a identificação de novos indicadores ou confirmar os já identificados, ainda que com algumas discordâncias referentes às idades.

É assim possível concluir que as escalas de avaliação existentes têm uma grande importância como suporte, nos cuidados de enfermagem, para a avaliação de um desenvolvimento infantil saudável no primeiro ano de vida. No entanto seria importante que algumas fossem atualizadas e adequadas à sociedade atual do séc. XXI, uma vez que estas gerações se encontram em constante mudança para acompanhar a evolução tecnológica.

### **Recomendações de pesquisa**

Não se tendo identificado na literatura estudos que englobem específica e detalhadamente os indicadores do desenvolvimento infantil de todas as idades-chave desde o nascimento até <1 ano de idade, os autores têm como sugestão e que pode representar uma oportunidade de mais investigação na área de enfermagem para uma prática baseada na evidência, a realização de trabalhos focados nas várias idades-chave do primeiro ano de vida, bem como de estudos mais contemporâneos, que permitam a exploração do tema para fundamentação dos diagnósticos da NANDA-I, inclusive com a identificação de novos diagnósticos.

### 1.3 – Intervenção Especializada na Promoção do Desenvolvimento Infantil

Segundo a OE, a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil são duas das diversas áreas de intervenção do EESIP, nas quais deverá orientar o foco da sua intervenção para a prestação de cuidados antecipatórios e para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança (OE, 2018). A capacitação dos elementos da família é uma das intervenções essenciais na prestação de cuidados centrados na família e na promoção da saúde e desenvolvimento infantil. O EESIP tem a capacidade de avaliar a família e posteriormente capacitar os seus elementos através da criação de oportunidades e meios para que os seus elementos mostrem as suas capacidades de resposta às necessidades de resposta da criança/ jovem (Hockenberry & Wilson, 2014).

O *empowerment* assume um papel fulcral na promoção da saúde infantil, sendo este o objetivo da intervenção do enfermeiro ao envolver a família enquanto parceira na prestação

de cuidados à criança/jovem, para que adotem e mantenham determinados comportamentos promotores de saúde e otimizadores das próprias forças, habilidades e ações (Hockenberry & Wilson, 2014). Para que a intervenção do EESIP com vista à alteração de comportamentos seja otimizada, é importante que o alvo do processo de cuidados seja a unidade familiar (OE, 2001).

Uma vez que é no seio da família que a criança cresce, se desenvolve e aprende grande parte dos seus valores, atitudes e comportamentos relacionados com a saúde (Pender et al, 2015), é possível entender a família como a primeira unidade cuidadora de saúde, promotora do processo de socialização e fonte primária de promoção e educação para a saúde e prevenção da doença. Por este motivo, é possível concluir que envolver a família é fulcral no planeamento de promoção da saúde, dado o seu papel facilitador na mudança de comportamentos de saúde.

É assim importante que o EESIP seja capaz de adaptar e individualizar a sua abordagem à família, trabalhando com esta na identificação de objetivos a atingir e comportamentos promotores de saúde a adotar, e otimizando os pontos fortes da família, com vista à promoção e consciencialização do papel e responsabilidade dos seus elementos enquanto promotores do crescimento e desenvolvimento infantil (Ziebarth et al, 2012).

Sendo o enfermeiro, o profissional de saúde que tem a oportunidade de realizar um maior acompanhamento da criança e família (nomeadamente em contexto hospitalar, mas também no âmbito das consultas de desenvolvimento, vacinação...), é fulcral que o enfermeiro seja capaz de trabalhar com a criança e família numa relação terapêutica bidirecional, independentemente do contexto da prestação de cuidados.

É importante que o EESIP seja capaz de avaliar e identificar as necessidades da criança e família e consecutivamente recorra a instrumentos de avaliação do desenvolvimento fiáveis e seguros e associe o seu vasto conhecimento sobre os indicadores de desenvolvimento expectável e de compromisso do desenvolvimento infantil ao perfil de desenvolvimento da criança, motivando a participação da família no processo de promoção da adoção de comportamentos promotores de saúde (OE, 2010).

Além disso, é também importante salientar que no desenvolvimento de programas de promoção da saúde e do desenvolvimento infantil, o EESIP deve sempre primeiramente avaliar e confirmar se a sua intervenção é exequível para a população-alvo do programa (Pender et al, 2015).

Na promoção da saúde e do desenvolvimento infantil é importante que o EESIP seja capaz de identificar o conhecimento que os pais têm sobre os indicadores de

desenvolvimento infantil expectável, sobre comportamentos promotores de saúde ao longo do desenvolvimento infantil, sobre gestão do regime terapêutico e sobre precaução e segurança (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Assim, na prestação de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar, o EESIP tem a oportunidade de minimizar o impacto negativo do internamento na criança e família e de promover a saúde e desenvolvimento infantil de diversas formas, tais como a promoção do papel parental durante a hospitalização, promoção hábitos de higiene e de alimentação saudável (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Numa urgência pediátrica, o contacto do enfermeiro com a criança/ jovem e a sua família é maioritariamente fugaz e, como tal, o enfermeiro deve aproveitar cada momento para ter uma intervenção eficaz no âmbito da promoção da saúde, a fim de promover a capacitação parental e consecutivamente, a alteração de comportamentos na criança/jovem e família, aumentar a confiança dos pais nas suas competências para que possam evitar futuros processos de saúde-doença e promoção do bem-estar da criança e familiar (Perrin, E. et al, 2016).

Numa Unidade de Saúde Familiar, sendo a criança e família o foco dos cuidados de enfermagem, nas consultas de desenvolvimento infantil e consultas do adolescente, é da responsabilidade do EESIP ser capaz avaliar e identificar as necessidades específicas da crianças e da fase de desenvolvimento em que se encontra, bem como da família na qual está inserida, intervindo na promoção da saúde, prevenção da doença, capacitação parental e consecutivamente, a alteração de comportamentos na criança/jovem e família, em prol do bem-estar e harmonia da criança e familiar (Perrin et al, 2016).

Além disso, apesar de estarmos gradualmente a progredir em direção à normalidade, ainda nos encontramos num contexto pandémico que mudou a vida de toda a população mundial. Graças à proliferação do vírus COVID-19, as famílias tornaram-se cada vez mais conscientes da sua própria saúde e preocupadas com a sua vulnerabilidade e como poderiam proteger-se (Oyegbile & Sibiya, 2021). Posto isto, tornou-se cada vez maior o interesse da família na promoção da saúde e adoção de comportamentos de saúde, motivo pelo qual, a intervenção do enfermeiro especialista nos cuidados de saúde primários no âmbito da promoção da saúde é cada vez mais importante, uma vez que pode incentivar e facilitar a adoção de comportamentos promotores de saúde.

Independentemente do contexto da prestação de cuidados de enfermagem, o EESIP tem a capacidade de tornar a informação clara, concisa e eficaz, numa ferramenta potenciadora da sua intervenção no âmbito da promoção da saúde e do desenvolvimento infantil.

## 2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O percurso do enfermeiro mestrando contempla a realização de estágio em diversos contextos da prestação de cuidados de enfermagem, o que possibilita aprender e desenvolver competências específicas e adotar perspetivas diferentes e diferenciadas (Evangelista & Olguimar, 2014).

Dada a importância da realização de estágios para o desenvolvimento e consolidação de conhecimento e competências, refleti sobre o percurso desenvolvido ao longo dos diferentes contextos de estágio e sobre o impacto que a prestação de cuidados de enfermagem no meu local de trabalho teve para a minha formação enquanto EESIP.

### 2.1 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais é uma unidade de internamento de um centro hospitalar em Lisboa, considerada centro de referência para diversas patologias e de casos que necessitem de tratamento através da técnica de hipotermia induzida.

A unidade encontra-se dividida em duas áreas: a área assistencial e a área de apoio. A área assistencial é dividida em duas pequenas unidades de cuidados: a sala de cuidados intensivos neonatais que detém um total de oito incubadoras e a sala de cuidados intermédios neonatais, que detém oito vagas para berços ou incubadoras e uma sala polivalente separada que quando necessário, pode ser ocupada com dois berços ou incubadoras.

Atualmente, pela eminente necessidade de internar um recém-nascido que esteja infetado com o vírus SARS-COV2, foi adaptada uma sala do serviço para receber exclusivamente um bebé nesta situação, que ficará numa incubadora e em isolamento. Além disso, a unidade apresenta duas áreas comuns a ambas as salas de cuidados intensivos e intermédios: uma área de preparação de terapêutica, equipada com uma câmara de fluxo laminar, e uma sala destinada à equipa multidisciplinar, onde são realizados os registos. A área assistencial inclui ainda a sala de refeições, arrecadação, instalações sanitárias, área de sujus, casa das máquinas e vestiário da equipa de enfermagem. A área de apoio inclui as

instalações sanitárias para os pais, uma área de limpos, o armazém de equipa, o gabinete médico, o gabinete da enfermeira chefe e uma sala onde os pais podem conviver e descansar.

A equipa de enfermagem é composta por enfermeiros (generalistas, especialistas e mestres em enfermagem de saúde infantil e pediátrica) que se complementam em horário de roulement e que tem como principal objetivo prestar cuidados de saúde a todos os recém-nascidos de termo ou pré-termo, que necessitem de vigilância clínica e cuidados de saúde especiais. Deste modo, os cuidados de enfermagem têm como objetivo satisfazer as necessidades do RN em situação de especial complexidade, prevenir ou minimizar sintomas, promover o desenvolvimento de competências parentais e acompanhamento e suporte do RN e família através da articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar e recursos existentes no hospital e na comunidade. Para tal, é necessário da equipa de enfermagem uma preocupação com a humanização e promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao bebé.

Ao longo da integração na equipa de enfermagem e nas dinâmicas do serviço, foi possível constatar que existe nos RN internados um compromisso do processo vincutivo com os pais e que os pais apresentam conhecimento deficiente relativamente à prestação de cuidados ao RN. O diagnóstico de “*deficient knowledge*” (Herdman et al., 2021, p. 331), encontra-se no domínio 5 (Perceção e cognição) da atual versão da NANDA-I e é entendido como a falta de conhecimento relativamente a um tema específico. Além deste diagnóstico, foi também possível identificar nos pais disposição para conhecimento melhorado, um diagnóstico pertencente ao mesmo domínio e que consiste na possibilidade de melhorar o conhecimento relativamente a um tema específico (Herdman et al., 2021).

O nascimento prematuro apresenta um elevado risco de compromisso do processo vincutivo, pois ao iniciar a vida extra-uterina, fica exposto a uma vivência de experiências sensorialmente agressivas, de desconforto e dor, privação de contacto, separação dos pais e terem de passar os primeiros dias/semanas de vida na UCIN (Young, R., 2013). Estando o RN prematuro numa situação de especial complexidade e vulnerabilidade, privado de estabelecer um processo vincutivo expetável com os pais, foi possível identificar o diagnóstico “*risk for impaired attachment*” (Herdman et al., 2021, p. 369).

Os primeiros momentos de interação entre o RN e os pais na UCIN podem revelar-se essenciais para o desenvolvimento socioemocional do bebé pré-termo. Por este motivo, o EESIP desempenha um papel importante ao envolver os pais e restantes elementos da família na prestação de cuidados e ao intervir na família como um todo, promovendo a aceitação e a capacitação dos seus elementos (Hockenberry & Wilson, 2014). Além disso, a intervenção

do EESIP tem ainda maior relevância, devido às regras de acompanhamento implementadas devido ao contexto pandêmico atual. Atualmente, o acompanhamento na UCIN é muito mais restrito, sendo possível que apenas um dos pais acompanhe o RN, não podendo estar presente mais do que um total de quatro acompanhantes em simultâneo. Além disso, não é possível a visita de qualquer outro elemento da família. Por estes motivos, é possível afirmar que as atuais regras de acompanhamento têm um impacto negativo no processo vincutivo do RN.

Segundo Curado et al (2017), a alimentação oral do RN é uma intervenção comumente desvalorizada pelos enfermeiros, contudo é uma intervenção complexa e que requer competências especializadas. Na prestação de cuidados foi possível aplicar a escala de avaliação das *early feeding skills* do RN prematuro e consecutivamente, adequar a via de alimentação e promover a vinculação com os pais quando possível.

Idealmente, o alimento exclusivo recomendado para bebés até aos seis meses é o leite materno, uma vez que apresenta diversos benefícios para o bebé e para a mãe, além de ser uma excelente forma de promover a vinculação (*American Academy of Pediatrics*, 2012). Através da promoção da autonomia alimentar do RN prematuro e do conhecimento e *skills* desenvolvidas nesta complexa intervenção, foi possível desenvolver as unidades de competência “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” e “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” do EESIP (OE, 2018, p. 19194).

Ao longo do estágio na UCIN aprendi a complexidade do RN prematuro, a importância do conceito chave de organização postural do RN e o impacto que o EESIP tem na sua promoção, através de intervenções como a gestão do ambiente e estímulos que o bebé recebe, e do posicionamento do RN.

São múltiplos os fatores que podem influenciar negativamente o desenvolvimento do RN, como a forte luminosidade, elevado nível de ruído, sedação prolongada, privação de sono e estímulos dolorosos. Na UCIN aprendi a tornar o ambiente em redor do RN num ambiente promotor do desenvolvimento, através de medidas de gestão dos estímulos, tais como: redução da luminosidade, evitar estímulos/procedimentos invasivos, otimizar o sono do RN, posicionar adequadamente o RN, proporcionar conforto através da sucção não nutritiva. Este processo de aprendizagem contribui para o desenvolvimento das unidades de competência “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (OE, 2018, p19193) e “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” do EESIP (OE, 2018, p. 19194).

Durante este estágio tive também a oportunidade de promover o desenvolvimento de competências parentais e a vinculação com o RN através do envolvimento dos pais nos cuidados, tais como incentivar um maior tempo de acompanhamento do RN, prestar os cuidados de higiene ao recém-nascido, auxiliar na contenção do RN e incentivar a falar com o bebé, pegar ao colo, estabelecer contacto pele-a-pele através do método Canguru, alimentar o bebé e confortá-lo quando desconfortável.

Apesar de a prestação de cuidados se focar no RN e nos pais, a família é também constituída por elementos que não podem estar presentes. Foi possível em diversas situações avaliar a família e perceber que existem elementos da família que gostariam de conhecer o bebé, mantendo uma perspetiva sistémica da família que é fundamental neste contexto de cuidados em particular. No entanto, tal como referido anteriormente, não é permitido visitas de familiares, justificada com questões organizacionais. Nestas situações, em concordância com a equipa multidisciplinar, sugeri que fossem tiradas fotografias ou gravados pequenos vídeos do bebé para que pudessem mostrar aos restantes elementos da família, tendo em atenção a vulnerabilidade do RN e o impacto que a imagem/vídeo do RN poderia transmitir.

O objetivo dos pais do RN internado na UCIN é conseguir levar o seu filho para casa, para continuar a ser amado (Griffin & Celenza, 2014). Os pais são parceiros do enfermeiro na jornada que decorre na UCIN e como tal, é dever do EESIP saber abordar a família do RN como um todo e identificar as preocupações e inseguranças dos pais, incentivar os pais a participar nos cuidados e na tomada de decisão, e articular com outros elementos da equipa multidisciplinar e recursos da comunidade.

A prestação de cuidados ao RN com necessidades especiais com foco na promoção do desenvolvimento na promoção da saúde e da parentalidade, contribuiu para o desenvolvimento das unidades de competência “E1.1. 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.”, “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (OE, 2018, p. 19193), “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”, “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.” e “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” (OE, 2018, p. 19194).

Além disso, permitiu também o desenvolvimento das unidades de competência “A1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”,

“A1.2 - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.”, “A1.3 - Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.”, “A2.1 - Promove a proteção dos direitos humanos.”, “A2.2 - Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.” (OE, 2019, 4746), “B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pág. 4747), “C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.” (OE, 2019, pág. 4748), “D1.1 - Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.” e “D1.2 - Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.” (OE, 2019, 4749) do EE.

Enquanto (futuro) EESIP, tive a oportunidade de conhecer e aprender a importância da intervenção especializada no RN com diagnóstico de doença rara. O EESIP é dotado de um conhecimento vasto sobre as doenças comuns e raras características da pediatria, que lhe permite identificar e suprir as necessidades das crianças com necessidades especiais e de assegurar a articulação com os recursos disponíveis na comunidade. Na UCIN tive a oportunidade de articular com associações que dão apoio na comunidade a crianças com doença rara (p.e. Associação Raríssimas) e associações que dão apoio aos pais de crianças que nasceram prematuramente (p.e. Associação XXS). Embora o estágio fosse de relativa curta duração, tive em atenção conhecer estes recursos que são essenciais futuramente em qualquer contexto de cuidados enquanto EESIP. Além disso, tive também a oportunidade de articular com o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) que consiste num grupo de instituições cujo objetivo é assegurar o desenvolvimento e participação em atividades, de crianças com elevado risco de atraso do desenvolvimento ou com compromisso funcional ou estrutural (Ministério da Saúde, 2009).

A articulação com os recursos de apoio presentes na comunidade, destinados a crianças com doença rara e pais e recém-nascidos prematuros, permitiu-me desenvolver as unidades de competência “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.” e “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.” do EESIP (OE, 2018, p. 19193).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016), é importante que sejam avaliados os conhecimentos adquiridos pelos pais relativamente aos cuidados a prestar ao RN (alimentação, cuidados de higiene, prevenção do Síndrome de Morte Súbita do Lactente, etc.). Tal como referido anteriormente, no início do estágio foi identificado nos pais conhecimento deficiente relativamente à prestação de cuidados ao RN.

Foi também notável nos pais o desejo de melhorarem o seu conhecimento, motivo pelo qual abordei a enfermeira orientadora e a enfermeira-chefe relativamente à possibilidade de iniciar o projeto “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido”, com o objetivo de complementar o trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem na preparação para a alta.

O projeto “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido” é constituído por um livreto com a informação necessária para complementar os ensinamentos realizados; uma sessão formativa para a equipa multidisciplinar e respetivo plano de formação; um cartaz divulgativo para a sessão formativa e um cartaz divulgativo para expor na sala dos pais.

O livreto designado “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido” (apêndice XI) inclui as principais temáticas dos cuidados ao RN, que são desenvolvidas pela equipa de enfermagem em parceria com os pais na prestação de cuidados e preparação para a alta:

- Alimentação: Aleitamento materno (benefícios para a mãe e para o RN, reflexos biológicos responsáveis pela produção de LM, as diferenças entre uma boa pega e uma má pega, posicionamento da mãe e do bebé durante a amamentação, extração e conservação de LM, precauções com a amamentação durante a pandemia causada pelos vírus SARS-COV2 e aleitamento artificial);
- Como atuar numa situação de engasgamento;
- Dificuldades na amamentação: Sinais e sintomas, medidas preventivas e de tratamento para as principais eventuais complicações associadas à amamentação (ingurgitamento mamário, mamilos gretados/fissuras mamilares, candidíase mamilar, ducto entupido e mastite);
- Higiene: preparação para os cuidados de higiene, prestação dos cuidados de higiene e cuidados após a higiene do bebé, cuidados a ter com a roupa do RN;
- Sono e repouso: otimização e promoção dos períodos de sono do RN, posicionamento do bebé no berço/cama e medidas preventivas do SMSL;
- Problemas do Quotidiano comuns no RN: eritema tóxico, cólicas, soluços, obstrução nasal, obstipação, entre outros;
- Segurança e Prevenção de Acidentes: segurança no transporte do RN e prevenção de acidentes dentro e fora de casa;
- Sinais de alerta: sinais e sintomas apresentados pelo bebé que suscitem necessidade de recorrer ao serviço de urgência/procurar cuidados de saúde;

- Recursos disponíveis na internet aos quais os pais podem recorrer caso necessitem de apoio ou de alguma informação.

Após realizado, o livreto foi sujeito a leitura e crítica por parte da enfermeira orientadora e também de duas enfermeiras mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e pela enfermeira-chefe. Tal como supramencionado, foi planeada uma formação à equipa de enfermagem da UCIN (apêndice XII) e respetivo plano de sessão (apêndice XIII), com o objetivo de apresentar o projeto “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido” e de consciencializar a equipa de enfermagem para a importância da preparação para a alta e da continuidade de cuidados após a alta. Contudo, por sugestão unânime da enfermeira orientadora e dos restantes elementos que colaboraram na revisão deste projeto, não foi realizada a sessão formativa, para que se pudesse agilizar a implementação do guia. Ainda assim, a sessão formativa foi disponibilizada à equipa de enfermagem para que pudesse ser consultada toda a informação sobre o projeto.

A elaboração do projeto “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido” contribuiu para o desenvolvimento das unidades de competência do EE: “A1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios éticos, valores e normas deontológicas.” (OE, 2019, p. 4746), “B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.” e das competências”, “B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” (OE, 2019, p. 4747) e “C2.1 - “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.” (OE, 2019, p. 4748) e “D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, bem como respetivas unidades de competência inerentes (OE, 2019, p. 4749).

Contribuiu também para o desenvolvimento das seguintes unidades de competência do EESIP: “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (OE, 2018, p. 19193) e “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.” (OE, 2018, p. 19194).

Além de ser entregue aos pais durante o internamento, o “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido” tem um *QR<sup>3</sup> Code* no final, para que os pais possam ter um acesso facilitado à informação disponibilizada em qualquer momento e em qualquer lugar. O *QR*

---

<sup>3</sup> *Quick Response Code*- é um código de resposta rápida que através da sua leitura com uma aplicação, ao acesso a diversos conteúdos num dispositivo móvel.

*Code* para o livreto foi também exposto na sala de convívio para os pais (apêndice XV), com o objetivo de promover a divulgação e acesso a toda a informação contemplada.

A avaliação das atividades desenvolvidas ao longo do estágio é um momento tão importante quanto o planejamento e desenvolvimento das mesmas, como tal, com o objetivo de obter *feedback* sobre o projeto desenvolvido, realizei um instrumento apreciativo (individual e anônimo) destinado à equipa de enfermagem, para ser disponibilizado em papel ou através de uma hiperligação após a sessão formativa. Este instrumento apreciativo consiste num pequeno conjunto de perguntas de resposta fechada e uma de resposta aberta para a realização de eventuais críticas ou sugestões ao projeto.

Apesar de não ter sido exequível a realização da sessão formativa, considerei pertinente obter *feedback* deste projeto, motivo pelo qual disponibilizei o instrumento apreciativo. Além disso, por estar a aproximar-se o final do estágio e por indisponibilidade dos elementos que colaboraram na otimização e finalização deste projeto, o mesmo apenas foi terminado após o estágio; motivo pelo qual apenas foi possível obter posteriormente o *feedback* da equipa de enfermagem relativamente à implementação deste projeto.

Inicialmente pretendi obter *feedback* dos pais relativamente à importância e pertinência do projeto na preparação para a alta, também através da disponibilização de um instrumento apreciativo. Contudo, uma vez que o livreto deverá ser disponibilizado no início do internamento do RN (e família) na UCIN, tendo em conta que o processo de preparação para a alta se deve iniciar a partir do momento de admissão) e que o internamento se pode prolongar por semanas ou meses, o impacto deste projeto só poderá ser avaliado a longo prazo, motivo pelo qual optei por não desenvolver este instrumento apreciativo.

Do *feedback* obtido *a posteriori* da equipa de enfermagem, constituída por 40 elementos, foram obtidas 26 respostas, 65% da equipa de enfermagem, sendo que dessas 26 respostas, 10 foram obtidas em papel (e posteriormente informatizadas) e 16 em obtidas através do preenchimento direto pela hiperligação. É possível verificar no apêndice XVI que 100% dos enfermeiros que respondeu ao instrumento apreciativo afirma que a informação contemplada no “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-nascido” é pertinente e promoveu a preparação para a alta. Cerca de 92,3% considerou que o livreto e a informação contemplada estão bem estruturados e 84,6% considerou que a informação é clara e de fácil compreensão. Contudo, cerca de 42,3% optou por “Talvez/não quero responder” como resposta à aceitação do projeto pelos pais, talvez pelo facto deste projeto ter sido implementado recentemente.

Além disso, cerca de 92,3% afirmou que o projeto tem uma apresentação moderna e apelativa, fator que pode promover a aceitação e despertar interesse dos pais na leitura do

livreto. Para terminar, no espaço destinado a crítica, sugestões e comentários ao projeto, foram obtidas opiniões opostas, tal como é possível comprovar também no apêndice VI.

## 2.2 – Atendimento Permanente Pediátrico (APP)

O estágio em contexto de urgência pediátrica foi realizado no APP de uma empresa privada portuguesa, considerada uma referência na prestação de cuidados de saúde.

Desde o início da atual pandemia, foram implementadas medidas para assegurar a qualidade e segurança dos cuidados no APP, pelo que o atendimento foi dividido em dois circuitos, em função da sintomatologia que a criança/jovem apresenta. Atualmente, após a triagem, a criança/jovem e acompanhante são encaminhados para um gabinete, onde os profissionais de saúde se deslocam para prestar todos os cuidados necessários.

Caso seja necessário a vigilância da criança numa sala de observação, ocorrerá de igual forma nos gabinetes apropriados, para que haja uma monitorização e vigilância contínua a partir da sala de enfermagem. Eventualmente, se houver necessidade de continuação de cuidados, as crianças podem ser transferidas para o serviço de internamento ou para a unidade de cuidados intermédios. O serviço de internamento é constituído por 12 unidades/ quartos individuais, enquanto a unidade de cuidados intermédios funciona num *open space* dinâmico de três unidades divididas por cortina e um quarto de isolamento.

A equipa de enfermagem é constituída por 31 elementos que são distribuídos pelos diferentes serviços de pediatria, trabalhando turnos de 12h, em *roulement*.

O APP tem como objetivo dar respostas às necessidades de doença aguda da criança/jovem inserido numa família, em contexto de urgência pediátrica. Apesar de neste contexto o contacto do enfermeiro com a criança e família ser efémero, a intervenção do EESIP destaca-se pela prestação de cuidados de enfermagem diferenciada, promotora da capacidade parental gestora dos processos de saúde-doença futuros da criança/jovem.

Após observação e participação na prestação de cuidados ao longo das primeiras duas semanas, refleti e identifiquei as necessidades de cuidados especializados de enfermagem, tendo sido possível identificar dois diagnósticos de enfermagem: 1) conhecimento deficiente relativamente à intervenção na criança e jovem com obstipação/ risco de obstipação e 2) conhecimento deficiente dos pais relativamente à intervenção no recém-nascido e lactente com cólicas. Ambos os diagnósticos de enfermagem identificados, tal como referido anteriormente, pertencem ao domínio 5 da atual versão da NANDA-I (Herdman et al., 2021).

Além disso, foi também possível constatar que existe regularmente a admissão de crianças e famílias oriundas de outras culturas, que não conseguem comunicar em português. Posto isto, uma vez que não existem no APP quaisquer recursos informativos disponíveis noutra língua além de português, considerei que seria pertinente a intervenção do EESIP, com o objetivo de assegurar a promoção da saúde e continuidade de cuidados no domicílio.

O *empowerment* é um conceito-chave nos cuidados centrados na família e na promoção da saúde, sendo importante promover a autonomia e segurança dos pais através do desenvolvimento de competências que lhes permitam intervir eficazmente nas frequentes situações geradoras de stress familiar. Além disso, é também importante assegurar que os pais sabem identificar os sinais de alerta da criança que tornam necessária a ida ao serviço de urgência. Por estes motivos, optei por desenvolver recursos informativos com o objetivo de serem disponibilizados aos pais e, desse modo, capacitá-los de ferramentas que lhes permitissem desenvolver competências no âmbito da intervenção nestas duas problemáticas.

Durante a prestação de cuidados à criança e família, questionei os pais sobre a pertinência e desejo em melhorar o seu conhecimento sobre a intervenção nas problemáticas identificadas. Através de diversas respostas obtidas, tais como “Estou a tentar ensiná-la a usar o bacio sozinha há algumas semanas, mas ela cada vez evacua menos vezes (...) depois com o stress do trabalho é difícil, e o meu marido também não sabe como ajudar.” (sic) e “(...) é sem dúvida muito importante disponibilizarem esse tipo de informação. Aliás, estive aqui mesmo a ver na internet, o que poderíamos fazer numa situação destas” (sic), foi possível constatar uma disposição para conhecimento e parentalidade melhorados. O diagnóstico de “*readiness for enhanced parenting*” (Herdman et al., 2021, p. 363), encontra-se no domínio 7 (Papéis e relacionamento) da atual versão da NANDA-I e é manifestado não só, mas também pelo desejo parental de promover o crescimento e desenvolvimento da criança e de melhorar a sua capacidade de intervenção e de promoção da saúde da criança.

Para dar resposta à necessidade de capacitação parental relativamente à intervenção no recém-nascido e lactente com cólicas, desenvolvi o projeto “As Cólicas no Bebê” que inclui de entre várias ferramentas, um livreto (apêndices XVII e XVIII), aproximadamente em tamanho A6, para que seja possível ser transportado para qualquer lugar sem que ocupe muito espaço. Este projeto aborda sucintamente a informação mais pertinente para a intervenção eficaz dos pais, bem como os sinais de alarme para os quais devem estar alertas e, caso necessário, recorrer ao serviço de urgência. Para complementar a informação disponibilizada no livreto, foi elaborado um documento informativo (apêndices XIV e XX) com informação mais detalhada que os pais podem consultar e que aborda o

conceito de cólicas, a sua etiologia, como podem intervir e atenuar o desconforto causado pelas cólicas, a realização de massagem abdominal e por fim, quais os sinais de alarme.

Na problemática relacionada com o conhecimento deficiente sobre a intervenção na criança e jovem obstipado(a), optei pela elaboração do projeto “A Obstipação na Criança e Jovem” que inclui também várias ferramentas, entre as quais um folheto (apêndices XXI e XXII), onde está contemplada a informação sobre medidas que os pais podem implementar para solucionar a obstipação da criança ou jovem e quais os sinais de alarme para os quais devem estar despertos. Tal como no projeto descrito anteriormente, com o objetivo de complementar a informação disponibilizada no folheto, foi também elaborado um documento informativo (apêndices XXIII e XXIV), que contempla a informação sobre o conceito de obstipação, a sua etiologia, principal sintomatologia, como os pais podem intervir para solucionar e prevenir a obstipação na criança e jovem, e quais os sinais de alarme. Para além disso, uma vez que a tecnologia atual permite o fácil acesso a informação por parte do enfermeiro e pais, considereei pertinente usufruir desta tecnologia para mobilizar recursos e promover a educação para a saúde e a qualidade dos cuidados de enfermagem. Por conseguinte, decidi incluir no final do folheto (“A Obstipação na Criança e Jovem”) e do livreto (“As Cólicas no Bebê”) desenvolvidos, um *QR Code* através dos quais os pais podem rapidamente obter acesso digital à informação contemplada nesses instrumentos e nos respetivos documentos informativos.

Adicionalmente, elaborei para cada um dos projetos, um cartaz em tamanho A4 (apêndices XXV e XXVI) com o *QR Code* de acesso a toda a informação contemplada nos documentos informativos. O objetivo é que estes cartazes sejam expostos nas salas de espera ou na sala de triagem, para que os pais possam ter acesso privilegiado a esta informação, dotando os pais de conhecimento sobre como atuar nestas problemáticas.

A elaboração destes projetos contribuiu para o desenvolvimento de competências do EE, mais especificamente as unidades de competência do EE: “A1.1 – Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios éticos, valores e normas deontológicas.” (OE, 2019, pág. 4746), “B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.”, “B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.” (OE, 2019, pág. 4747), “C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.” (OE, 2019, pág. 47498), “D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.” (OE, 2019, pág. 4749) e “D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.” (OE, 2019, p. 4750).

Relativamente às competências do EESIP, estes projetos permitiram-me desenvolver as unidades de competências “E1.1. 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.”, “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” e “E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.” (OE, 2018, p. 19193).

Tal como referido anteriormente, foi notável ao longo da realização deste estágio a admissão de crianças e suas famílias oriundas de diferentes culturas e incapazes de comunicar em português, optando geralmente pela língua inglesa. Isto deve-se à crescente imigração e multiculturalidade em Portugal, os profissionais de saúde trabalham cada vez mais com doentes oriundos de diferentes culturas e que falam uma língua diferente da do país onde vivem (Oliveira et al, 2011). É a partir da comunicação com a criança e família que o enfermeiro estabelece uma relação interpessoal, motivo pelo qual, a comunicação é um conceito-chave na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas oriundas de diferentes culturas, uma vez que o compromisso da comunicação dificulta a intervenção do enfermeiro (Brito et al, 2015).

Segundo a Deontologia Profissional de Enfermagem, os cuidados de enfermagem são comportamentos cognitivos e culturalmente aprendidos (OE, 2015, p. 98) pelo que não têm uma linguagem específica, mas sim um carácter universal e multidimensional marcado pelas crianças e valores do outro (OE, 2015, p. 56). Posto isto, a comunicação em enfermagem deve ser adaptada não só à fase de desenvolvimento da criança/jovem e às capacidades cognitivas dos pais e criança, mas também às crenças, valores e necessidades individuais, familiares, emocionais, socioculturais e linguísticas (Gaspar et al, 2020).

Uma barreira linguística entre o enfermeiro e a criança e família pode originar dificuldades na avaliação das necessidades e prestação de cuidados, comprometendo a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Oliveira et al, 2011). Por conseguinte, promover e estabelecer uma comunicação transcultural e eficaz é essencial para assegurar a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem. O cuidar culturalmente sensível é parte integrante e essencial dos cuidados centrados na família e da promoção da saúde, uma vez que envolve respeito, cooperação e partilha de informação entre enfermeiro e criança e família para que se possa identificar os pontos culturais fortes e menos fortes da família e

consecutivamente planejar e intervir em prol da adoção de comportamentos promotores de saúde (Aghajari et al, 2019).

É assim da competência do EESIP, dar resposta às necessidades específicas da criança culturalmente diferente em contexto de urgência pediátrica, através de uma comunicação e prestação de cuidados culturalmente sensível. Por este motivo, com o objetivo de otimizar a promoção da saúde à criança e família oriunda de outra cultura, considerei pertinente adaptar para inglês o corpo de conhecimento específico da disciplina de enfermagem presentes nos diversos recursos informativos disponíveis no APP. Considerei a adaptação para a língua inglesa como sendo a mais adequada, uma que é a língua mais falada em todo o mundo.

No APP está disponível um livreto sobre o risco de queda na infância, um panfleto sobre a utilização de câmara expansora para administração de terapêutica inalatória, um panfleto sobre a realização de lavagem nasal com soro fisiológico e um folheto sobre os sinais de dificuldade respiratória. Além destes documentos, está também disponível no APP o trabalho desenvolvido por outra mestranda do curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica, sobre as temáticas da febre e dos vômitos na criança.

Por conseguinte, abordei a enfermeira orientadora relativamente à possibilidade de realizar um pedido de autorização aos respetivos autores para iniciar a adaptação dos recursos existentes. Contudo, todos eles se encontravam em processo de atualização ou reformulação por outros elementos da equipa de enfermagem. Assim, para que possam ser futuramente implementados, optei por adaptar para inglês não só os projetos “As Cólicas no Bebê” e “A Obstipação na Criança e Jovem”, mas também os trabalhos sobre as temáticas da febre (apêndices XXVIII a XXIX) e vômitos (apêndices XXX a XXXII) na criança, desenvolvidos por Ana Isabel Lopes, assegurando a sua continuidade, de acordo com os objetivos do serviço.

A adaptação para inglês do conhecimento científico da disciplina de enfermagem referentes às temáticas mencionadas, contribuiu para o desenvolvimento das seguintes unidades de competência do EE: “A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.”, “A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos” (OE, 2019, pág. 4746), “B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.”, B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.” (OE, 2019, pág. 4747) e “C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.” (OE, 2019, pág. 4748).

Além disso, contribuiu também para o desenvolvimento das unidades de competência “E1.1. 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.”, “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (OE, 2018, p. 19193) e “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” (OE, 2018, p. 19194).

Ao longo do estágio intervi com o objetivo de satisfazer as necessidades da criança e família que desencadearam a admissão no APP e otimizei os momentos de contacto com a criança e pais para identificar as necessidades de ensino e promoção da saúde nos cuidados à criança e jovem. A postura e gestão dos cuidados adotada permitiu-me desenvolver as unidades de competência “E1.1. 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.”, “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.”, “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (OE, 2018, p. 19193), “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.”, “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” e “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” (OE, 2018, p. 19194).

A prestação de cuidados à criança e família no APP possibilitou também o desenvolvimento das unidades de competência “A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, “A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (OE, 2019, pág. 4746), “B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.” (OE, 2019, pág. 4747), “C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.” (OE, 2019, pág. 4748), “D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.” e “D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.” (OE, 2019, pág. 4749) do EE.

No final do estágio, foi realizada uma sessão formativa (apêndice XXXIII) à equipa de enfermagem e respetivo plano (apêndice XXXIV), sobre os projetos desenvolvidos, com o objetivo de consciencializar para a importância do desenvolvimento de projetos que promovam a melhoria contínua dos cuidados. Dada a impossibilidade de reunir os elementos

da equipa de enfermagem que se encontram distribuídos pelas diversas unidades que constituem o APP, a sessão formativa foi gravada e disponibilizada informaticamente a toda a equipa de enfermagem. A realização da sessão formativa contribuiu para o desenvolvimento das unidades de competência do EE “A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.” (OE, 2019, p. 4746), “B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.” (OE, 2019, p. 4748), “C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.” (OE, 2019, pág. 4748), “D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.” (OE, 2019, pág. 4749) e “D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.” (OE, 2019, p. 4750) do EE.

Além disso, com o objetivo de avaliar o trabalho desenvolvido no APP e o impacto da intervenção do EESIP, desenvolvi um instrumento apreciativo de preenchimento facultativo e anónimo, constituído por um pequeno grupo de questões de resposta rápida (ver apêndice XXXV), que foi disponibilizado em conjunto com a sessão formativa.

Do total de 31 elementos que constituem a equipa de enfermagem, foi possível obter um total de 17 respostas, cerca de 55% da equipa de enfermagem. Através das respostas obtidas (100%), é possível constatar que as temáticas desenvolvidas neste estágio foram pertinentes para o APP e que é importante providenciar aos pais informação (em papel e digitalmente) sobre como intervir nas cólicas no recém-nascido e lactente e na obstipação na criança e jovem. Para finalizar, 94,1% dos elementos (16 respostas) considerou pertinente a adaptação do suporte informativo e complementar dos cuidados de enfermagem para inglês, a fim de promover a educação para a saúde em famílias de outras culturas.

### 2.3 – Cuidados de Saúde Primários

A Unidade de Saúde Familiar (USF) onde foi realizado o estágio de cuidados de saúde primários é uma unidade de saúde pertencente à ARS de Lisboa e Vale do Tejo e tem uma equipa constituída por nove médicos, nove enfermeiros e cinco secretários. A prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família é focada na promoção da saúde e resposta às necessidades de saúde identificadas, tendo por base o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e o Programa Nacional de Vacinação.

Ao longo da integração na equipa da USF e através da observação e participação ativa na prestação de cuidados, analisar e identificar necessidades de intervenção e de

cuidados. Primeiramente, durante as consultas do adolescente que foram realizadas e em discussão com a equipa de enfermagem, foi possível identificar na população juvenil comportamentos sexuais de risco, possibilitando identificar o diagnóstico de enfermagem “*risk-prone health behaviour*” (Herdman et al., 2021, p. 198), que se encontra-se no domínio 1 da atual versão da NANDA-I (Domínio da promoção da saúde). Os comportamentos sexuais de risco foram demonstrados principalmente por jovens entre os 15 e os 18 anos que referiram ter relações sexuais desprotegidas e/ou com vários parceiros sexuais.

Dado que é normal surgir na adolescência, a curiosidade relativamente à experimentação sexual e intimidade com o outro (Torrado, I., 2020), é importante apoiar os jovens no desenvolvimento de comportamentos e atitudes responsáveis relativamente à sexualidade. Posto isto, pelo facto de a adolescência ser uma fase de desenvolvimento com necessidades complexas e específicas na qual ainda não tinha surgido a oportunidade de direcionar e focar a minha intervenção neste percurso de aquisição e desenvolvimento das competências do EESIP, optei por tomar como principal prioridade neste local de estágio.

Além disso, foi também possível identificar, transversalmente aos diversos contextos de estágio, conhecimento deficiente dos pais relativamente à intervenção no RN e lactente com padrão respiratório ineficaz. Contudo, foi também evidente a disposição para parentalidade melhorada expressa pelo desejo parental em pretender melhorar o seu conhecimento e intervir eficazmente. Adotei este problema de enfermagem como segunda prioridade porque além de ser uma necessidade identificada noutros contextos de estágio (mas que considerei prioritária a intervenção noutras problemáticas), é uma área de intervenção do EESIP de interesse pessoal, na qual gostaria de desenvolver competências.

Na atualidade as redes sociais, os media e a tecnologia têm cada vez maior importância na vida do adolescente, sendo para muitos adolescentes considerado algo indispensável às suas vidas. As novas tecnologias e principalmente as redes sociais, tais como o Facebook, Twitter e Instagram permitem aos adolescentes interagirem com os seus pares a qualquer momento, de diversas formas (p.e. mensagens e videochamadas).

O adolescente dos 15 aos 19 anos cresceu na atual era digital em que a tecnologia é algo inato e o telemóvel é o dispositivo preferencial para exprimirem a sua opinião, uma necessidade característica desta geração (DOT digital group, 2019).

Na atualidade, é comum o adolescente utilizar os dispositivos eletrónicos para experimentação sexual *online*, p.e. através de fotografias ou mensagens de cariz sexual. É importante reconhecer que quando o adolescente incorre nesta troca de conteúdo/informação está a expor-se a perante informação/um perfil eventualmente falso ou a correr

o risco de que a informação de cariz sexual seja eventualmente exposta publicamente (Hockenberry & Wilson, 2014). Para otimizar a promoção da sexualidade saudável no adolescente, o EESIP deve compreender os aspetos fisiológicos da sexualidade e conhecer os valores culturais e aspetos sociais do grupo de adolescentes em que está a intervir. É assim, importante abordar e esclarecer dúvidas sobre temas relacionados com a literacia no domínio da sexualidade, tais como: evitar a contração de uma IST, prática de “sexo seguro”, impacto da gravidez e aborto na adolescência, a importância do afeto e o impacto da violência no namoro.

Através da promoção da sexualidade saudável na adolescência, o enfermeiro está a capacitar o adolescente de ferramentas que promovem o conhecimento e desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão consciente. Deste modo, o adolescente será capaz de antecipar os resultados positivos e negativos dos seus comportamentos sexuais, tornando-se futuramente num adulto sexualmente responsável. Para intervir neste problema de enfermagem, desenvolvi o projeto “Sexualidade Saudável na Adolescência”.

O conceito inicial deste projeto consistia em planear, desenvolver e realizar sessões formativas de educação para grupos de adolescentes. Contudo, devido ao curto tempo de estágio; tempo requerido para se obter as autorizações necessárias à implementação deste projeto, identificação e listagens dos adolescentes de acordo das famílias acompanhadas por cada enfermeiro de família; e autorizações inerentes às convocatórias dos adolescentes inseridos no objetivo do projeto, optei por planear e desenvolver os recursos necessários para que a equipa de enfermagem possa implementar posteriormente este projeto.

O projeto “Sexualidade Saudável na Adolescência” é assim constituído por um documento informativo que contempla toda a informação necessária à implementação do projeto, uma sessão formativa destinada à equipa multidisciplinar e a sessão de educação para a saúde finalizada e pronta a ser implementada.

O documento informativo (apêndice XXXVI) foi desenvolvido com o objetivo de definir o planeamento e organização do projeto, os recursos necessários, a metodologia de implementação e de contemplar a fundamentação teórica sobre o adolescente e as características específicas desta fase de desenvolvimento, para que um enfermeiro generalista possa ter acesso à informação e conhecimento específico desta área de intervenção do EESIP e, consecutivamente implementar este projeto com segurança e confiança. Este documento encontra-se dividido em três partes:

- Guião do projeto:

- O projeto destina-se a grupos de 15 a 20 adolescentes. Este número foi delineado com o objetivo de estabelecer uma relação com os adolescentes e de desenvolver um ambiente de proximidade e confiança, promotor da partilha de experiências, aprendizagem e esclarecimento de dúvidas sobre a sexualidade saudável, sem que tenha um número de participantes suficientemente grande para que os adolescentes se desconcentrem do objetivo;
- Os participantes deverão ter entre 15 e os 19 anos, dado que corresponde à faixa etária onde foi identificado maior número de comportamentos sexuais de risco;
- O objetivo do projeto é capacitar o adolescente de ferramentas que promovam o conhecimento e desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão de comportamentos sexuais saudáveis;
- As sessões formativas serão realizadas preferencialmente pelo enfermeiro de família dos participantes, sendo que deverão ser preferencialmente presenciais. Dado o contexto pandémico atual, o projeto foi desenvolvido para ser facilmente adaptável, caso surgisse a necessidade de realização das sessões por videoconferência;
- O discurso utilizado deverá ser preferencialmente aberto, direto e objetivo, com uma terminologia simples e correta, evitando que seja demasiado técnico-científica ou com recurso a jargões. Deve-se também optar por um discurso tendencialmente informal, a fim de tornar a sessão mais apelativa para o adolescente e de o incentivar a participar ativamente. Ao longo da sessão devem ser promovidos momentos de partilha de opinião/ experiências e de esclarecimento de dúvidas. No final, deverão ser disponibilizados os contactos profissionais dos enfermeiros para que os jovens contactem caso sintam necessidade;
- Contextualização teórica sobre o adolescente e as idiossincrasias desta fase de desenvolvimento: o desenvolvimento pubertário; desenvolvimento psicossocial; desenvolvimento cognitivo, moral, social e espiritual; interação social característica do adolescente com os pais e com os pares; e o impacto das novas tecnologias na sexualidade na adolescência;
- Fundamentação teórica relativamente ao conteúdo a ser desenvolvido e abordado nas sessões de educação para a saúde: importância da intervenção do enfermeiro na promoção da sexualidade saudável na adolescência; conceitos de sexualidade na adolescência, orientação sexual e identidade de género; início da atividade sexual precoce; desenvolvimento do autoconceito e autoimagem; resposta sexual humana; a sexualidade e o afeto; violência no namoro; gravidez na adolescência; aborto e

interrupção voluntária da gravidez na adolescência; métodos contraceptivos; sexo seguro e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

A sessão de educação para a saúde (ver apêndice XXXVII) finalizada e pronta a ser implementada posteriormente pela equipa de enfermagem aborda todas estas temáticas de uma forma apelativa e interessante para o adolescente, com o objetivo de captar a sua atenção e promover a adoção de comportamentos promotores de saúde.

Tal como referido anteriormente, foi também preparada uma sessão formativa para equipa multidisciplinar (ver apêndice XXXVIII), com o objetivo de consciencializar para a importância do desenvolvimento de projetos de intervenção no adolescente – uma vez que não há nenhum projeto desenvolvido na USF direcionado para esta fase de desenvolvimento – e principalmente, para a promoção da sexualidade saudável na adolescência, uma vez que se apresenta como um diagnóstico de enfermagem identificado na população juvenil.

A elaboração do projeto “Sexualidade Saudável na Adolescência” contribui para o desenvolvimento das seguintes competências comuns do EE: “A1.1. Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios éticos, valores e normas deontológicas.” (OE, 2019, p. 4746), “B1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.”, “B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” (OE, 2019, p. 4747), “C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.” (OE, 2019, p. 4748) e “D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4749).

Além disso contribui também para o desenvolvimento das seguintes unidades de competências do EESIP: “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (OE, 2018, p. 19193), “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” e “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” (OE, 2018, p. 19194).

Durante o outono e o inverno, é comum o aumento de casos de infeções respiratórias no recém-nascido e lactente, sendo a bronquiolite aguda viral a principal causa de hospitalização em crianças com menos de um ano (Araújo, J., 2021). A USF, enquanto unidade de cuidados de saúde primários apresenta-se como primeira linha de prestação de cuidados, inclusive o bebé com alteração do padrão respiratório. Ao longo deste percurso enquanto mestrando, transversalmente às diferentes linhas de intervenção e prestação de

cuidados de enfermagem, foi notável o conhecimento parental deficiente sobre a prevenção e intervenção no recém-nascido e lactente com padrão respiratório ineficaz.

Para avaliar a disposição parental para a melhoria de conhecimento e capacitação na intervenção ao bebê com padrão respiratório ineficaz, decidi abordar verbal e informalmente os pais durante a prestação de cuidados. Deste modo foi possível constatar nos pais o desejo de aprender e melhorar a sua intervenção, através de respostas como “Por exemplo, lavo o nariz com soro, mas não sei se faço bem” (sic) e “Eu estou sempre à procura de informação, de um vídeo sobre como ajudar a fazer as coisas bem.” (sic).

Assim, com o objetivo de intervir nesta problemática, desenvolvi o projeto “Nariz Limpo, Bebê Feliz”, que consiste em:

- Um vídeo designado “Nariz Limpo, Bebê Feliz” (apêndice XL) que contempla informação sobre: como identificar sinais de dificuldade respiratória no RN e lactente, medidas de prevenção e promoção da saúde que os pais podem implementar no domicílio, realização de lavagem nasal com soro fisiológico, aspiração de secreções no domicílio e sinais de alarme que indiquem a necessidade de recorrer aos serviços de saúde. Uma vez que as salas de espera de uma unidade de saúde podem assumir um papel importante na promoção da literacia em saúde ao disponibilizar informação útil e crucial, com impacto e significado para a população (Henriques, S. et al, 2020), considereei que a exposição nos televisores da sala de espera seria um método de adequado para que os quais tivessem facilmente acesso enquanto aguardam pela consulta de desenvolvimento da criança/jovem;
- Um documento informativo (ver apêndice XLI) onde está disponível não só a informação contida no vídeo “Nariz Limpo, Bebê Feliz”, mas também informação complementar sobre como intervir nesta problemática;
- Panfleto (ver apêndice XLII) onde está disponível o *QR Code* e *link* de acesso ao vídeo e documento informativo. O objetivo é disponibilizar o panfleto aos pais durante as consultas de desenvolvimento infantil, sempre que for identificada essa necessidade, de modo a complementar a exposição do vídeo na sala de espera.

Com o objetivo de expor o projeto “Nariz Limpo, Bebê Feliz” e de consciencializar a equipa de enfermagem para a pertinência e importância de intervir na problemática, através da prestação de cuidados antecipatórios e da capacitação parental, considereei pertinente a realização de uma sessão formativa (apêndice XLIII) e respetivo plano (apêndice XLIV).

A elaboração do projeto “Nariz Limpo, Bebê Feliz”, direcionado para a capacitação parental e promoção da saúde auxiliou no desenvolvimento das unidades de competência “A1.1 – Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios éticos, valores e normas deontológicas.” (OE, 2019, pág. 4746), “B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.” (OE, 2019, pág. 4747), “C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.” (OE, 2019, pág. 47498), “D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.” (OE, 2019, pág. 4749) e “D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.” (OE, 2019, p. 4750) do Enfermeiro Especialista.

Além disso, este projeto foi também essencial para o desenvolvimento das Unidades de Competência “E1.1. 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.”, “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” e “E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.” (OE, 2018, p. 19193).

A equipa de enfermagem tem como objetivo avaliar e promover o desenvolvimento infantil e juvenil através de consultas realizadas nas idades-chave, correspondentes a “acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou adolescente, tais como as etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, alimentação e escolaridade” (Direção Geral da Saúde, 2013, p.2); da promoção da saúde e prevenção da doença da criança e jovem; do cumprimento do PNV; deteção precoce de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança/jovem e que necessitem de acompanhamento e intervenção; trabalho em equipa com os restantes elementos da equipa multidisciplinar para dar respostas às complexas necessidades da criança/jovem e família e articulação com outras estruturas, programas e projetos que contribuam para o bem-estar e desenvolvimento da criança e jovem (Direção Geral da Saúde, 2013).

Atualmente, graças ao contexto pandémico causado pelo vírus SARS-COV2, foi recomendado pela DGS a otimização do tempo de espera da criança e acompanhante na sala de espera (para evitar acumulações), o acompanhamento da criança por apenas um acompanhante e a remoção de todos os brinquedos e material didático dos espaços comuns (enquanto possível fonte de transmissão) (Direção-Geral da Saúde, 2020).

Durante a realização de consultas de saúde infantil e juvenil adaptei a minha postura e discurso à fase de desenvolvimento da criança, avaliei o desenvolvimento da criança e envolvi fluidamente (com domínio do corpo de conhecimento científico necessário) o acompanhante, possibilitando otimizar a promoção e educação para a saúde nas diversas temáticas que devem ser abordadas. Deste modo, ao longo das consultas, otimizei os momentos de contacto com a criança e pais, a fim de promover o desenvolvimento da criança e identificar as necessidades de ensino e promoção da saúde.

Além da realização de consultas de saúde infantil e juvenil com a enfermeira orientadora, foi também possível a realização de consultas de enfermagem com outros elementos da equipa de enfermagem (enfermeiras generalistas), que me permitiu compreender a importância e o impacto que a intervenção do EESIP tem através da mobilização do vasto conhecimento científico sobre o desenvolvimento infantil e juvenil, promoção da saúde e prevenção da doença na criança e jovem, capacidade de avaliar as necessidades da criança e da família e capacidade de avaliar, identificar e prestar cuidados antecipatórios de enfermagem com o objetivo de otimizar a saúde, bem-estar, harmonia e desenvolvimento da criança e jovem e da sua família. Foi também possível realizar a consulta do adolescente, que me permitiu adaptar o discurso e postura, a fim de estabelecer uma relação com o adolescente, facilitadora da partilha de experiências, das emoções do adolescente e da intervenção do EESIP.

Através da realização de consultas de saúde infantil e juvenil e das consultas do adolescente, foi possível desenvolver as competências do EE “A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, “A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (OE, 2019, pág. 4746), “B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.” (OE, 2019, pág. 4747), “C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.” (OE, 2019, pág. 4748), “D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.”, “D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.” E “D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, pág. 4749).

Além disso, desenvolvi também as seguintes competências do EESIP: “E1.1. 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.”, “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar

negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.”, “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (OE, 2018, p. 19193), “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.”, “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.”, “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” e “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” (OE, 2018, p. 19194).

Com o objetivo de promover e otimizar a vacinação da população abrangida pela USF, considerei pertinente colaborar na gestão do inventário de vacinas e listagem de indivíduos a necessitar de realizar o reforço da vacina contra o coronavírus. Além disso, devido ao previsto bloqueio informático da secção de gestão de stock do programa informático utilizado, decidi também colaborar na realização de inventário, gestão do stock existente e realização do pedido de material necessário para que a prestação de cuidados médicos e de enfermagem ocorra sem risco de compromisso. A colaboração nestas tarefas complementares à prestação de cuidados e essenciais ao bom funcionamento da USF permitiu o desenvolvimento da competência “A3.2 — Gere recursos materiais e equipamentos” do domínio da gestão (OE, 2015, p. 5951).

Tal como referido anteriormente, foi planeada a realização de uma sessão formativa à equipa multidisciplinar (apêndice XXXVIII) sobre o projeto “Sexualidade Saudável na Adolescência”, contudo, não foi possível a presença da equipa médica por incompatibilidade com a dinâmica de realização de projetos. Por este motivo, a sessão formativa foi realizada apenas à equipa de enfermagem.

Do total de nove enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem, foi possível a presença de seis em ambas as formações. Três enfermeiras não puderam comparecer por motivos pessoais/de saúde, pelo foi considerado uma adesão de 100% nas sessões formativas. No final de ambas as sessões, foram disponibilizados *links* para o preenchimento facultativo de um instrumento de apreciação constituído por um pequeno grupo de questões de resposta rápida e um espaço de resposta aberta (apêndices XLV e XLVI). Dos seis elementos da equipa de enfermagem que comparecem às sessões formativas, foram obtidas quatro respostas, correspondentes a 66,7% dos participantes. Ao final do estágio foram facultados os diplomas de formador referentes às sessões formativas realizadas (anexos VI).

É perceptível no *feedback* da sessão formativa “Nariz Limpo, Bebé Feliz”, que 100% dos elementos concorda que a elaboração do projeto é uma intervenção pertinente do EESIP, que a informação contemplada é clara e de fácil compreensão e que é importante e pertinente

a disponibilização do vídeo aos pais. Estas respostas indicam que o objetivo delineado no projeto de estágio foi atingido com sucesso (percentagem  $\geq$  a 50% dos elementos da equipa de enfermagem considera o vídeo “Nariz limpo, Bebê feliz” uma intervenção pertinente do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica).

Relativamente à formação “Sexualidade Saudável na Adolescência”, 100% dos elementos concorda que a elaboração do projeto é uma intervenção pertinente do EESIP e que a que a informação contemplada é clara e de fácil compreensão. Contudo, 50% dos elementos afirma que este projeto terá um impacto positivo e promotor da mudança de comportamentos sexuais nos adolescentes, enquanto 50% apresenta dúvidas relativamente ao seu impacto. Para finalizar, no espaço de resposta aberta disponibilizado para que fosse apresentada alguma sugestão ou crítica, foi obtida uma resposta: “Grupos mais reduzidos apenas de 10 a 15 crianças”.

#### 2.4 – Unidade de Pneumologia Pediátrica

O plano curricular deste Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, requer primeiramente a realização de estágio numa unidade de cuidados de saúde primários e posteriormente, em diversas áreas da prestação da enfermagem pediátrica, entre as quais, numa unidade de internamento de medicina. Dada a minha experiência na prestação de cuidados de enfermagem numa Unidade de Internamento de Pneumologia Pediátrica e competências desenvolvidas do EE e EESIP inerentes a essa experiência, foi possível obter creditação a este contexto de estágio.

Na UPP são internadas crianças com patologia respiratória aguda (tais como pneumonia e bronquiolite aguda) e crónica (com patologia de base, tais como a fibrose quística, hipertensão pulmonar, e atrofia medular espinhal) que são acompanhadas por diversas especialidades. Deste modo, muitas das crianças e famílias hospitalizadas na UPP apresentam necessidades especiais, pelo que é fulcral a intervenção especializada do EESIP.

Além da vulnerabilidade acrescida da criança hospitalizada, no contexto pandémico atual, onde é permitido apenas um acompanhante, o internamento tem um impacto ainda maior no bem-estar da criança. Por conseguinte, é fulcral focar os cuidados de enfermagem na família e promover o envolvimento do acompanhante.

Um dos principais focos da prestação de cuidados é o controlo sintomático da dor, que pode ser conseguido através da combinação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, tais como o humor ou o brincar terapêutico, uma vez que brincar é uma das

principais atividades de vida da criança e fulcral para o seu desenvolvimento. De acordo com Honckenberry & Wilson (2014), o brincar terapêutico é comumente utilizado para diminuir o trauma da doença e da hospitalização, para preparar a criança para procedimentos dolorosos/invasivos e como método de alívio e controlo sintomático da dor.

O brincar terapêutico é uma ferramenta que utilizo diariamente na prestação de cuidados, adequado à fase de desenvolvimento e compreensão da criança e, que além de benéfico no controlo da dor, também promove o estabelecimento e desenvolvimento de uma relação empática com a criança/jovem e família. Através da implementação de medidas farmacológicas e não-farmacológicas para otimizar a gestão diferenciada da dor foi possível desenvolver a competência E2.2 do EESIP que consiste na “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018, p. 19193).

Por vezes, o internamento na UPP prolonga-se por várias semanas/meses, pelo que é possível desenvolver uma relação de confiança e parceria com a criança e família. Esta relação terapêutica permite que sejam identificadas as necessidades da criança e família e facilita a intervenção do enfermeiro na identificação, alteração e promoção da adoção de comportamentos promotores de saúde. Segundo a OE (2015), a preparação dos pais para participarem nos cuidados, implica que estes se sintam uma parte integrante da equipa e que tenham confiança na capacidade de cuidar da criança e de tomada de decisão. Para que a promoção da saúde seja eficaz, é fulcral que o foco dos cuidados de enfermagem seja a família, enquanto elemento indissociável da criança e do plano terapêutico no qual se pretende promover a adoção de comportamentos de saúde.

O envolvimento da criança e pais na prestação de cuidados de enfermagem com implementação de estratégias promotoras do desenvolvimento infantil e da saúde, permitiu o desenvolvimento das unidades de competência “E1.1. 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.” do EESIP (OE, 2018, p 19193), “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”, “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” e “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” (OE, 2018, p 191934).

Permitiu também desenvolver as unidades de competência “A1.1 – Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.”, “A1.3 – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.”, “A2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos”, “A2.2 – Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.” (OE, 2019, p. 4749) e “B3.1 – Promove um ambiente

físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.” do EE (OE, 2019, p. 4747).

Doença crónica é a doença de duração prolongada e progressão lenta, com repercussão no quotidiano da pessoa por meses ou anos e que desencadeia vários internamentos ao longo do tempo (Organização Mundial da Saúde, 2002). Cuidar de uma criança com doença crónica e hospitalizada, gera uma ansiedade e stress familiar além do normal. Na UPP, é frequente o reinternamento de crianças com doença crónica e/ou rara, o que permite desenvolver gradualmente uma relação de maior proximidade com a criança e família e consecutivamente, avaliar eficazmente as necessidades da criança e da família, e delinear a prestação de cuidados de enfermagem.

A prestação de cuidados à criança e família na UPP permitiu desenvolver as unidades de competência “E1.1. 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.”, “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.”, “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” e “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE, 2018, p. 19193) do EESIP.

Além disso, as necessidades especiais apresentadas por diversas crianças internadas da UPP requerem frequentemente a execução de técnicas específicas complementares aos cuidados de enfermagem, tal como a desobstrução das vias aéreas com recurso a *Cough Assist*, o que contribuiu para o desenvolvimento da unidade de competência “E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.” Do EESIP (OE, 2018, p. 19193).

Associado ao agravamento progressivo e complexidade de algumas patologias, tenho também a oportunidade de prestar cuidados paliativos pediátricos, que visam assegurar que estas crianças têm os cuidados de que necessitam e que vão de encontro aos seus desejos e preferências, mesmo durante e após a morte (Valadares et al, 2013). Além disso, também tive a oportunidade de reunir com a Equipa de Cuidados Paliativos do hospital, com o objetivo de refletir sobre as necessidades da criança e família e, definir e implementar um plano de cuidados paliativos adequado às necessidades identificadas.

A prestação de cuidados paliativos, em diversos momentos, à criança em fim de vida, permitiu-me desenvolver a capacidade de assegurar uma gestão eficaz da dor, promover o conforto, providenciar apoio emocional aos pais/família, promovendo uma morte serena e

digna para a criança e um ambiente seguro para a família iniciar/dar continuidade ao processo de luto. A prestação de cuidados paliativos e a colaboração com a Equipa de Cuidados Paliativos permitiu desenvolver a unidade de competência “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.” (OE, 2018, p. 19193).

Na UPP, a prestação de cuidados de enfermagem tem também como um dos principais focos, a preparação para a alta, neste caso, os cuidados respiratórios domiciliários e de transição para o domicílio. Os pais e família são geralmente os principais cuidadores da criança, pelo que a transição para o domicílio implica a preparação e capacitação dos pais para a prestação de cuidados necessária à satisfação das necessidades da criança no domicílio.

De acordo com Castro & Mota (2008), uma das principais necessidades dos pais/familiares cuidadores é obter informação precisa, clara e atualizada sobre os cuidados de enfermagem que a criança necessita, o equipamento tecnológico necessário e quais os recursos disponíveis para ajudar nos cuidados à criança (Castro & Mota, 2008). Na UPP promovo a transição para o domicílio através da realização de ensinamentos e consecutiva capacitação parental das ferramentas e conhecimento necessários à prestação de cuidados à criança no domicílio. Além de assegurar que a família apresenta uma dinâmica estável e capacidade para prestar os cuidados necessários, também articulo com os recursos disponíveis no hospital e na comunidade.

A preparação para a alta e transição para o domicílio contribuiu para o desenvolvimento das competências “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE, 2018, p19193), “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.”, “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” E “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” (OE, 2018, p. 19194).

Além da prestação de cuidados de enfermagem à criança e família, fui recentemente coautor de um projeto realizado com outras enfermeiras da UPP, designado “Viver Com uma Traqueostomia”, que surgiu por iniciativa da equipa de enfermagem face à necessidade de complementar os ensinamentos realizados à criança e pais da criança submetida a traqueostomia. Este projeto consistiu na elaboração de um guia prático e ilustrativo sobre os cuidados a prestar à criança com traqueostomia e tem como objetivos: providenciar suporte teórico informativo após a alta, complementar os ensinamentos realizados aos pais durante o

internamento e promover o conhecimento parental sobre as necessidades de cuidados da criança com traqueostomia.

Além disso, o guia prático “Viver Com Uma Traqueostomia” inclui também um *QR Code* no final para que os pais possam ter acesso digital a toda informação. Após terminado o projeto foi realizada uma sessão formativa para a equipa toda a equipa de enfermagem. Para terminar, fui também comunicador oral deste projeto nas XXVI Jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria.

A realização deste projeto contribuiu para o desenvolvimento das competências comuns do EE: “B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.”, “B2 — “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” (OE, 2019, p. 4747), “C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748) e “D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4749).

Contribuiu também para o desenvolvimento das seguintes unidades de competência do EESIP: “E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.”, “E.3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.” (OE, 2018, p19193). E “E3.4 – Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” (OE, 2018, p19194). Além disso, permitiu também o desenvolvimento da unidade de competência “A2.1 — Garante as melhores práticas profissionais” do enfermeiro gestor (OE, 2015, p. 5950).

Para terminar, na UPP é eleito anualmente um enfermeiro para ficar responsável pela organização e verificação mensal de todo o material, equipamento e medicação inerente ao carro de urgência e pela articulação com a enfermeira-chefe e farmácia do hospital para a reposição de tudo o que for necessário. Em 2020 tive a oportunidade de ficar responsável pela otimização da organização e gestão do carro de urgência, que é essencial para assegurar o bom funcionamento dos equipamentos e que tudo está disponível para ser usado numa situação de emergência, uma vez que deve existir um carro de urgência em “todas as unidades do sistema de saúde que lidam com doentes agudos ou com doenças crónicas que possam agudizar” (Direção-Geral da Saúde, 2011). Assegurar a organização e verificação do material, equipamento e medicação contemplada no carro de urgência contribuiu para o desenvolvimento da unidade de competências “A3.2 — Gere recursos materiais e equipamentos” OE, 2015, p. 5951) do enfermeiro gestor.

## CONCLUSÃO

A intervenção do EESIP pressupõe uma filosofia de cuidados centrada na família, na qual os pais (e restantes elementos da família) são os principais cuidadores da criança e que irão dar continuidade aos cuidados de enfermagem iniciados pelo enfermeiro.

A promoção da saúde infantil enquanto área de intervenção do EESIP, quando desenvolvida em parceria com a criança e família e bem-sucedida, apresenta um impacto positivo não só no crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, mas também na capacitação parental e familiar, e na promoção da saúde, harmonia, equilíbrio e bem-estar da família. Para que a promoção da saúde seja eficaz, é importante que o EESIP seja capaz de uma abordagem holística à criança e família, baseada no respeito, apoio e *empowerment* do potencial, pontos fortes, competências e recursos da criança e família.

Este relatório apresenta uma reflexão sobre todo o percurso realizado durante os estágios, sobre o crescimento pessoal e desenvolvimento de competências profissionais do EE e EESIP que ocorreu. Ao longo dos estágios assegurei uma prestação de cuidados responsável e dignificadora da profissão, adaptando a postura e discurso à fase de desenvolvimento da criança/jovem e envolvi dinamicamente o conhecimento científico necessário à prestação de cuidados em parceria com a família, otimizando os momentos disponíveis para promover o desenvolvimento da criança e a saúde da criança e família.

A intervenção enquanto futuro EESIP na UCIN foi desafiante devido à especificidade e complexidade dos cuidados de enfermagem ao RN com necessidades especiais e família, tendo sido necessário mobilizar conhecimento baseado na mais recente evidência científica e recursos, a fim de individualizar e adaptar os cuidados. Além disso, a realização do projeto “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido” permitiu a promoção da preparação para a alta, da continuidade dos cuidados desenvolvidos pela equipa de enfermagem com o RN e família e consciencializar a equipa para a importância da preparação da alta desde o início do internamento.

O serviço de urgência pediátrica é uma realidade de cuidados muito complexa, que requer uma excelente e perspicaz capacidade de avaliação das necessidades da criança e família, bem como capacidade de tomada de decisão e de intervenção eficiente para dar resposta à situação de doença aguda em que a criança/jovem se encontra. Contudo, apesar

das dificuldades que surgiram durante o estágio, foi possível adquirir conhecimento científico e otimizar a minha prestação de cuidados, com vista à satisfação das necessidades e otimização da promoção da saúde da criança e família. A elaboração dos projetos desenvolvidos permitiu otimizar a intervenção da equipa de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, através da capacitação parental relativamente à intervenção em problemáticas que comumente originam a admissão no APP.

A prestação de cuidados de enfermagem numa unidade de cuidados de saúde primários tem especificidades diferentes da intervenção em contexto hospitalar, sendo necessário uma excelente capacidade de avaliação, tomada de decisão e de intervenção na prestação de cuidados antecipatórios, promotores da saúde e do desenvolvimento da criança e do bem-estar e harmonia da família. A intervenção enquanto futuro EESIP e mestre neste contexto foi desafiante, dado que a minha experiência profissional do cuidar de enfermagem pediátrico decorreu até agora em contexto de internamento hospitalar, no qual a dinâmica da prestação de cuidados é completamente diferente. Contudo, este estágio foi uma oportunidade fantástica de aprendizagem numa área de intervenção de gosto pessoal e que me permitiu compreender o impacto que a intervenção do EESIP tem na promoção do desenvolvimento infantil e juvenil e na promoção da saúde da criança e família.

Atualmente, consciente da importância da intervenção do EESIP e dotado de uma filosofia de prestação de cuidados diferente da que tinha enquanto enfermeiro generalista, consigo também compreender o enorme contributo da UPP para o desenvolvimento de competências do EESIP, fruto do trabalho desenvolvido nesta complexa unidade de internamento pediátrica ao longo dos últimos anos. Além disso, creio ter conseguido ao longo deste percurso em diferentes contextos de estágio, ser bem-sucedido no objetivo pessoal que tinha de adotar uma metodologia de desenvolvimento de projetos em prol de um gasto mínimo de recursos físicos, recorrendo essencialmente ao acesso livre e digital para que a sua implementação e impacto sejam assegurados. Creio assim, dentro do possível, ter contribuído para o uso de energias sustentáveis, tal como planeado nos objetivos estabelecidos pela Organização das Nações Unidas na realização da Agenda 2030.

Após este percurso reflexivo, espero ter contribuído para a consciencialização e otimização da intervenção do enfermeiro na promoção da saúde infantil e pediátrica e também para a melhoria dos cuidados prestados nos diversos contextos. Futuramente espero contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem pediátricos, com qualidade e competência, independentemente do contexto de intervenção em que tenha a oportunidade de prestar cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aghajari, P.; Valizadeh, L.; Zamanzadeh, V.; Foronda, C. (2019) Cultural sensitivity in paediatric nursing care: a concept analysis using the Hybrid method. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 33. 609-620. Doi: 10.1111/scs.12654

American Academy of Pediatrics (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *American Academy of Pediatrics*. 129(3). 827-841.

Andrade, F. (2015). O Luto do Filho Idealizado: Pais da Criança com Síndrome de Down (Tese de Mestrado, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal)

Araújo, J. C. S. (2021). *Bronquiolite viral aguda: O que o enfermeiro deve saber?*. <https://pebmed.com.br/bronquiolite-viral-aguda-o-que-o-enfermeiro-deve-saber/>

Brito, A.; Vicente, B.; Reis, A. & Amendoeira, J. (2015) Intervenções de enfermagem culturalmente congruentes em imigrantes. *Revista da UI-IPS* 3(6).75-90. <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1982/1/ArtigoRevista%20UIIPS2015%2c%203%286%29.pdf>

Carvalho, E. C., Oliveira-Kumakura, A. R. S., & Moraes & S. C. R. V. (2017). Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 690–696.

Castro, L., Mota, L. (2008). As necessidades dos cuidadores das crianças com necessidades de saúde especiais dependentes de tecnologias no domicílio (Tese do Curso do Complemento de Formação de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal)

Chora, M. A. C. (2020). O Lactente. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (Lidel, p. 136–146).

Coelho, R., Ferreira, J. P., Sukiennik, R., & Halpern, R. (2016). Child development in primary care: a surveillance proposal. *Jornal de Pediatria*, 92(5), 505–511. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.12.006>

Curado, M. A. S., Maroco, J. P., Vasconcellos, T., Gouveia, L. M., Thorye, S. (2017). Validation of the Early Feeding Skills Assessment Scale for the Portuguese population. *Revista de Enfermagem Referência* 4(12). 131-142. <https://doi.org/10.12707/RIV16070>

Decreto-Lei n.º281/2009 do Ministério da Saúde (2009). Diário da República: 1ª série, n.º 193. <https://dre.pt/application/conteudo/491397>

Direção-Geral da Saúde. (2011). Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/06/i016167.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde (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>

Evangelista, D., Olguimar, I. (2014). Contribuições do Estágio Supervisionado Para a Formação do Profissional de Enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 3. 123-130. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v3i2.391>

Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Nas Consultas de Enfermagem em Contexto de Saúde Primários. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (Lidel, p. 86–94).

Garcia, T. R., Cubas, M. R., Galvão, M. C. B. & Nóbrega, M. M. L. (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) : Versão 2019* (1ª ed). Artmed.

Gaspar, A.; Branco, C.; Pedro, C.; Nunes, D.; Alves, N.; Reis, A. (2020) As Estratégias De Enfermagem Adotadas Para Ultrapassar As Barreiras Culturais e Linguísticas Com Pessoas Culturalmente Diversas. *Revista da UI-IPS* 8. 215-222. DOI: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19893>

Griffin, T., Celenza, J. (2014). *Family-Centered Care for the Newborn The Delivery Room and Beyond* (1<sup>st</sup> ed.). Springer. DOI: 10.1891/9780826169143

Haith, M. M., & Campos, J. J. (1977). Human Infancy. *Ann. Rev. Psychol*, 28, 251–293. <https://web.s.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=1&sid=1ebfdad0-ca3f-4f11-a836-40fdaff713ba%40redis>

Henriques, S., Pinheiro, D., Martins, P. (2020). A Importância das salas de espera na Literacia e Comunicação em Saúde – instrumento de avaliação e análise da perspetiva dos utentes. *Comunicação Pública* 15(29). <https://doi.org/10.4000/cp.11337>

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Nursing Diagnosis: Definitions and Classification 2018-2020* (N. Internacional (ed.); Eleventh E). Thieme Medical Publishers, Inc.

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *Nursing Diagnosis: Definitions and Classification 2021-2023* (NANDA International (ed.); 12<sup>th</sup> ed.). Thieme Medical Publishers, Inc. <https://doi.org/10.1055/b000000515>

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente: Vol. II (Lusodidata)

Honig, A. (1970). The role of the nurse in stimulating early learning. *The Journal of Nursing Education*, 9(1), 11–16. <https://discovery.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=b508b7d3-702f-3f6a-938c-2e9f0a4b23d8>.

International Council of Nurses (2019). *Nurse Practitioner and Advanced Practice Roles*. <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>

Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., Sales, L. M., Stellin, R., Pesaro, M. E., & Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath. Online*, 6(1), 48–68. [http://www.fundamentalpsychopathology.org.br/wp-content/uploads/2019/10/valor\\_preditivo\\_de\\_indicadores\\_clinicos\\_de\\_risco\\_para\\_o\\_desenvolvimento\\_infantil.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org.br/wp-content/uploads/2019/10/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf)

Margato, C. (2010). A propósito da tomada de decisão clínica em enfermagem. *Sinais Vitais*, 90.

Melo, N. P. de. (2018). *Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Risco de*

*atraso no desenvolvimento infantil” proposto para a taxonomina NANDA-I* [Universidade de São Paulo]. [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-08052019-133049/publico/NADIA\\_MELO.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-08052019-133049/publico/NADIA_MELO.pdf)

Oliveira, G. F., Dantas, F. D. C., Fonseca, P. N. (2004). O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. *Revista da SBPH*, 7(2), 37-54. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582004000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000200005&lng=pt&tlng=pt).

Oliveira, A.; Mendonça, S.; Mendonça R. (2011). A língua estrangeira como barreira para o cuidado e saúde. *Revista Científica de Enfermagem* 1(3). 5-9. <http://doi.org/10.24276/rrecien2177-157X.2011.1.3.5-9>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. 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 Pediátrica. Cadernos OE. Série 1, nº 3, vol. 1. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudeinfantil\\_pediatria\\_volumel.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volumel.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento no 101/2015 Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário Da República*, 2ª série(48), 5948–5952. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_101\\_2015\\_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 422/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2ª série(133), 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento no 140/2019 Regulamento: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª série(26), 4744–4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Oyegbile, Y.; Sibiya, M. (2021). Call for nurses to rethink measuring family and patients' experience of the emergency department amidst COVID-19. *Professional Nursing Today*, 25(2). 9-10. <https://ua.medpharm.co.za/journals/pnt/2021/00/25/02> (acedido a 10/11/2021)

Pender, N.; Murdaugh, C. & Parsons, M. (2015). *Health promotion in nursing practice*. (7ª ed.). Pearson Education

Perrin, E.; Leslie, L.; Boat, T. (2016). Parenting as Primary Prevention. *JAMA Pediatrics*. 170(7). 637-638. DOI 10.1001/jamapediatrics.2016.0225

Sakraida, T. J. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª, pp. 699–715). Lusociência.

Sharma, A., & Cockerill, H. (2014). *Mary Sheridan's From birth to five years. Children's developmental progress* (Routledge (ed.); 4th ed.).

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018). *A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/A-luz-e-o-desenvolvimento-visual-do-RN-prematuro.pdf>

Souza, J. M. de. (2014). *Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I* [Universidade de São Paulo].

Souza, J. M. de, & Veríssimo, M. de la Ó. R. (2015). Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1097–1104. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>

Thompson, R. (2001). Development in the first years of life. *Future of Children*, 11(1), 21–33. [https://doi.org/10.1016/S0263-8223\(00\)00097-0](https://doi.org/10.1016/S0263-8223(00)00097-0)

Tocchio, A. B. (2013). *Educação permanente de profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde a partir de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil* [Universidade de S. Paulo]. [http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-30072013-120530/publico/tocchio\\_corrigeida.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-30072013-120530/publico/tocchio_corrigeida.pdf)

Torrado, I. (2020). *A Sexualidade na Adolescência*. [http://criancaefamilia.spp.pt/media/135623/sexualidade\\_template.pdf](http://criancaefamilia.spp.pt/media/135623/sexualidade_template.pdf)

Valadares, M., Mota, J., Oliveira, B. (2013). Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. *Revista bioética* 21(3), 486-93. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Q7SWqdcBqpDDkWLfrpstP7C/?format=pdf&lang=pt>

Victor, J.; Lopes, M.; Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem* 18(3). 235-240. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>

Walker, S., Wachs, T., Grantham-McGregor, S., Black, M., Nelson, C., Huffman, S., Baker-Henningham, H., Chang, S., Hamadani, J., Lozoff, B., Gardner, J., Powell, C., Rahman, A. & Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*, 378. P. 1325-1338. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60555-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60555-2)

White, B. L., Castle, P., & Held, R. (1964). Observations on the Development of Visually-Directed Reaching. *Child Development*, 35(2), 349–364. <https://doi.org/10.2307/1126701>

World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, 17-21 November 1986 [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)

World Health Organization (2002). Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42500/WHO\\_NMC\\_CCH\\_02.01.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42500/WHO_NMC_CCH_02.01.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ziebarth, D., Healy-Haney, N., Gnadt, B., Cronin, L., Jones, B., Jensen, E., & Viscuso, M. (2012). A community-based family intervention program to improve obesity in Hispanic families. *WMJ*, 111(6), 262–266. <https://wmjonline.org/wp-content/uploads/2012/11/6/261.pdf>

Young, R. (2013). The Importance of bonding. *International Journal of Childbirth Education*. 28(3), 11-16. <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=a8cece97-eea4-4d79-a2b8-db97e4554f0d%40sessionmgr4008>

## ANEXOS



ANEXO I – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista



4 — Os requerentes relativamente aos quais subsistam dúvidas fundamentadas nos termos do previsto n.º 4 do artigo 6.º, serão submetidos a uma prova oral e escrita, pessoal e presencial nos termos previstos no presente Regulamento.

#### Artigo 9.º

##### Organização

1 — A organização e coordenação da prova de procedimento de controlo linguístico compete ao Conselho de Enfermagem, o qual pode, sempre que se justifique, ser coadjuvado pelos Colégios das Especialidades em Enfermagem.

2 — Nos termos do número anterior, compete ao Conselho de Enfermagem estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdos programáticos e critérios de avaliação no âmbito da atribuição do título de Enfermeiro de Cuidados Gerais.

3 — Quando esteja em causa a realização de procedimento de controlo linguístico para atribuição do título de Enfermeiro Especialista, compete ao Conselho de Enfermagem, em colaboração com os Colégios das Especialidades, estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova.

4 — A prova será realizada por júri composto por três membros efetivos e três suplentes, indicados pelo Conselho de Enfermagem de entre os seus membros e, ou peritos e nomeados pelo Conselho Diretivo, que designa o presidente.

#### Artigo 10.º

##### Natureza

1 — A prova é obrigatoriamente constituída por uma componente escrita e uma componente oral, as quais têm natureza técnico-científica, incidindo sobre áreas do conhecimento relevantes para o acesso e exercício da profissão de Enfermeiro em Portugal.

2 — A classificação é de “Apto” e “Não apto”, sendo a decisão tomada por maioria.

3 — Serão considerados aptos os requerentes que obtenham aprovação na componente escrita e na componente oral.

4 — Os requerentes que vierem a obter classificação de “não apto”, poderão repetir a prova seis meses depois.

#### Artigo 11.º

##### Realização da Prova

1 — As provas que integram o procedimento de controlo linguístico terão lugar em data e local a indicar pelo Conselho de Enfermagem através da página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

2 — As normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova a realizar serão disponibilizados na página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

## CAPÍTULO IV

### Disposições Finais

#### Artigo 12.º

##### Casos omissos

As dúvidas e omissões suscitadas pelo presente Regulamento serão apreciadas e decididas pelo Conselho Diretivo, ouvida a Comissão de Atribuição de Títulos e o Conselho de Enfermagem, quando necessário, tendo por base o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a Diretiva 2005/36/CE, a Lei n.º 9/2009, nas suas redações atuais, o Código do Procedimento Administrativo e a demais legislação aplicável.

#### Artigo 13.º

##### Norma revogatória

Com a entrada em vigor do presente Regulamento é revogado o Regulamento da Prova de Comunicação Linguística, publicado pelo Regulamento n.º 339/2017, em *Diário da República*, 2.ª série, n.º 120, de 23 de junho de 2017.

#### Artigo 14.º

##### Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte à sua publicação no *Diário da República*.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, Ana Rita Pedrosa Cavaco.

311997376

## Regulamento n.º 140/2019

### Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

#### Preâmbulo

A entrada em vigor da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro veio introduzir alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que aprovou o regime jurídico da criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

A mencionada alteração originou um desfazamento entre o Estatuto agora em vigor e regulamentos previamente existentes, em particular quanto à atribuição de títulos bem como aos critérios desenvolvidos para a atribuição de título de enfermeiro especialista.

A necessidade de conformar o atual Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em vigor, e ainda com a realidade da prestação de cuidados de enfermagem, justificam a alteração agora proposta, através da qual se pretende consolidar e uniformizar procedimentos em vigor, conferindo maior objetividade e transparência aos processos subjacentes.

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros acompanha esta exigência, através da atribuição de título de enfermeiro especialista, em seis especialidades: a) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; b) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; c) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; d) Enfermagem de Reabilitação; e) Enfermagem Médico-Cirúrgica; e f) Enfermagem Comunitária.

Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea f) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento.

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui se regulam de acordo com as disposições do Estatuto agora em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

Considera-se o presente projeto de Regulamento dispensado de audiência dos interessados, nos termos do artigo 100.º do CPA, uma vez que as suas disposições não afetam, de modo direto e imediato, direitos ou interesses legalmente protegidos dos cidadãos, uma vez que não é provocada na ordem jurídica qualquer alteração significativa merecedora de tutela ou proteção jurídica.

Assim, a Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária de 18 de janeiro de 2019 ao abrigo do disposto na alínea f) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, deliberou aprovar o presente Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, apresentado e aprovado pelo Conselho Diretivo em reunião de 21 de novembro de 2018 sob proposta do Conselho de Enfermagem, nos termos do disposto nas alíneas h) e o) do n.º 1 do artigo 27.º, após parecer do Conselho Jurisdicional, em cumprimento do vertido na alínea h) do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, com a seguinte redação:

## CAPÍTULO I

### Disposições Gerais

#### SECÇÃO I

##### Disposições gerais

#### Artigo 1.º

##### Objeto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

## Artigo 2.º

**Âmbito e finalidade**

1 — O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade.

2 — O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados.

3 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

## SECÇÃO II

**Conceitos**

## Artigo 3.º

**Conceitos**

Para efeitos do presente Regulamento e dos demais Regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialidade em enfermagem, entende-se por:

a) “Competências comuns”: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

b) “Competências específicas”: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

c) “Competência Acrescida”: os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo.

d) “Certificação de competências”: o ato formal que permite reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção, direcionado a atestar a formação, experiência ou qualificação do enfermeiro numa área diferenciada, avançada e ou especializada, bem como a verificação de outras condições exigidas para o exercício da Enfermagem;

e) “Reconhecimento”: o processo de avaliação e verificação de conformidade, de competências e aprendizagens demonstráveis, aos critérios estabelecidos na Matriz de Reconhecimento das áreas de competência acrescida, conforme anexo ao Regulamento n.º 556/2017, de 17 de outubro;

f) “Domínio de competência”: uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.

g) “Descritivo de competência”: a competência, em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

h) “Unidade de competência”: é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.

i) “Critérios de avaliação”: compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.

## CAPÍTULO II

**Das Competências**

## Artigo 4.º

**Domínios das competências comuns**

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme os anexos I a IV ao presente Regulamento, e que dele fazem parte integrante, são as seguintes:

- Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- Melhoria contínua da qualidade (B);
- Gestão dos cuidados (C);
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

## Artigo 5.º

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

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

## Artigo 6.º

**Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
- Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

## Artigo 7.º

**Competências do domínio da gestão dos cuidados**

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo III).

## Artigo 8.º

**Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

1 — As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo IV).

## CAPÍTULO III

**Da Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista**

## Artigo 9.º

**Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista**

A atribuição do título de enfermeiro especialista faz-se nos termos do Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, conjugado com as disposições

específicas dos Regulamentos em vigor para cada uma das Especialidades em Enfermagem, conforme previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

#### CAPÍTULO IV Disposições finais

##### Artigo 10.º

##### Revogação e entrada em vigor

1 — O presente Regulamento revoga o Regulamento n.º 122/2011, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35 de 18 de fevereiro, que definia o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelecia o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

2 — O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

#### ANEXO I

#### A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

##### Competência

A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

##### Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.
A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.
A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.

##### Competência

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

##### Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos. . . . .	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação. A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.
A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.

## ANEXO II

**B — Dominio da Melhoria Contínua da Qualidade****Competência**

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade . . .	B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.2.4 — Cooperar na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

**Competência**

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas . . . . .	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua . . . . .	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua. . . . .	B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.

**Competência**

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	<p>B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais.</p> <p>B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.</p> <p>B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes.</p> <p>B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional.</p> <p>B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.</p>
B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	<p>B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.</p> <p>B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco.</p> <p>B3.2.3 — Previne os riscos ambientais.</p> <p>B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.</p> <p>B3.2.5 — Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.</p> <p>B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco.</p> <p>B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.</p> <p>B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.</p> <p>B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.</p>

## ANEXO III

**C — Domínio da gestão dos cuidados****Competência**

C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	<p>C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa.</p> <p>C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde.</p> <p>C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.</p> <p>C1.1.4 — Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.</p>
C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	<p>C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegadas.</p>

**Competência**

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	<p>C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados.</p> <p>C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados.</p> <p>C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados.</p> <p>C2.1.4 — Negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade.</p> <p>C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.</p>

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

## ANEXO IV

**D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais****Competência**

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.
D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

**Competência**

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica. . . .	D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária, Ana Rita Pedrosa Cavaco.

311997392

## UNIVERSIDADE DO ALGARVE

### Regulamento n.º 141/2019

No âmbito do Despacho RT.010/2019 de 21 de janeiro, publica-se o Regulamento da Comissão Ética da Universidade do Algarve.

21 de janeiro de 2019. — O Reitor, Paulo Águas.

### Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve

Considerando que:

Na prossecução da sua missão, a Universidade do Algarve, enquanto centro de criação, transmissão e difusão da cultura e do conhecimento humanístico, artístico, científico e tecnológico, incumbe fomentar a investigação científica de alto nível e o desenvolvimento experimental;

Os membros da comunidade académica desta Universidade devem pautar a sua atividade em estrita observância de elevados padrões de integridade, de ética e de profissionalismo;

Aos membros da comunidade académica é exigida uma elevada responsabilidade profissional e social;

Com frequência, em determinadas candidaturas a projetos de I&D, carecem de ser validadas metodologias específicas por uma Comissão de Ética;

Em conformidade com o disposto no n.º 7 do artigo do artigo 9.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, as instituições de ensino superior podem definir códigos de boas práticas em matéria pedagógica e de boa governação e gestão.

Nos termos conjugados do disposto na alínea o) e q) do n.º 1 do artigo 92.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, da alínea w) do n.º 1 do artigo 33.º e ouvido o Senado Académico, nos termos do disposto na alínea a) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de setembro, aprovo o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

Em cumprimento do disposto no n.º 3 do artigo 113.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, o projeto que esteve na génese do presente Regulamento foi objeto de discussão pública, tendo sido para o efeito amplamente divulgado através da sua publicação no *Diário da República* n.º 199 de 16 de outubro de 2018 e no sítio da Internet <https://www.ualg.pt/content/documentos-ualg>, durante o prazo de 30 (trinta) dias, e audição do Senado Académico, em conformidade com o disposto na alínea a) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de dezembro, findo os quais, foi em definitivo aprovado o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

## I — Disposições Gerais

### Artigo 1.º

#### Objeto

O presente regulamento estabelece as regras de composição e funcionamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve, doravante designada por CE-UALG.

### Artigo 2.º

#### Natureza e Atribuições

1 — A CE-UALG é um órgão colegial, multidisciplinar e independente, de natureza consultiva, que tem por missão promover a reflexão e contribuir para a definição de orientações, visando a consolidação de uma política de salvaguarda de princípios éticos, bioéticos e deontológicos nas áreas da investigação científica, do ensino, da interação com a sociedade e no funcionamento geral da Universidade.

2 — A CE-UALG zela pela observância e promoção de padrões de qualidade ética, nomeadamente de integridade e honestidade, bem como dos princípios deontológicos na atividade das unidades que integram a Universidade do Algarve e na conduta dos seus membros nas áreas referidas no número anterior.

## II — Composição e Competências

### Artigo 3.º

#### Composição

1 — A CE-UALG é constituída por 7 (sete) a 9 (nove) membros, designados e empossados pelo Reitor, ouvidos os Diretores das Unidades Orgânicas, devendo ser cumprido um critério de interdisciplinaridade.

2 — Dos membros a que se refere o número anterior, 2 (dois) a 3 (três) membros da CE-UALG são personalidades externas à Universidade, de forma a garantir os valores culturais e morais da comunidade, devendo o órgão funcionar com um número ímpar de membros.

3 — A designação de membros internos deve garantir um representante dos estudantes e um trabalhador não docente.

4 — A CE-UALG pode constituir comissões especializadas e solicitar a colaboração de outros técnicos ou peritos, sempre que o considere necessário.

5 — Os membros dos órgãos de direção ou gestão da Universidade não podem fazer parte da CE-UALG.

6 — O Presidente, o Vice-presidente e o Secretário da CE-UALG são eleitos de entre os seus membros.

7 — O Vice-presidente substitui o Presidente nas suas faltas e impedimentos.

### Artigo 4.º

#### Mandato

1 — A duração do mandato dos membros da CE-UALG é de 4 (quatro) anos, a contar da data da sua nomeação, podendo ser renovado uma única vez, por idêntico período, devendo, para o efeito, ser obtida a anuência dos mesmos até 60 (sessenta) dias antes do respetivo termo.

2 — Qualquer membro poderá renunciar ao seu mandato desde que o declare por escrito ao Reitor da Universidade do Algarve, mantendo-se, porém, em funções até à designação do novo membro, mas nunca por período superior a 60 (sessenta) dias.

3 — A renúncia considera-se tácita quando o membro faltar injustificadamente mais do que três vezes consecutivas às reuniões da Comissão.

4 — Os membros da CE-UALG podem ser destituídos pelo Reitor, após audição da própria Comissão, verificando-se situação de justa causa, nomeadamente o incumprimento dos seus deveres.



ANEXO II – Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Saúde Infantil e Pediátrica



**ORDEM DOS ENFERMEIROS****Regulamento n.º 422/2018****Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica****Preâmbulo**

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, e ao contrário do que se verificava até esta alteração, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros passou a identificar os Títulos de Enfermeiro Especialista passíveis de serem atribuídos, conforme esse encontra estabelecidos no seu artigo 40.º, os quais correspondem aos seguintes: (i) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica; (ii) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica; (iii) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; (iv) enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; (v) enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica; (vi) enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

No caso do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, este utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

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

A performance como especialista 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).

São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

É do escopo de ação deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar.

Nesta conformidade, nos termos conjugados das alíneas c), d) e f) do n.º 1 artigo 42.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, após aprovação em Assembleia de Colégio, a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica apresentou ao Conselho Diretivo a sua proposta de Regulamento, tendo o mesmo sido aprovado na reunião de 22 de dezembro de 2017, em Conselho Diretivo.

Foi ouvido o Conselho de Enfermagem, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do artigo 37.º, emitido Parecer pelo Conselho Jurisdicional, em observância dos termos conjugados da alínea h), do n.º 1 do artigo 27 e da alínea h), do n.º 1 do artigo 32, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, tendo a proposta de Regulamento sido submetida a consulta pública dos membros do respetivo Colégio da Especialidade, nos termos do disposto no artigo 101.º do Código de Procedimento Administrativo.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária no dia 03 de janeiro de 2018, ao abrigo do disposto nas alíneas i) e o) do artigo 19 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros,

aprovou o seguinte Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tendo sido homologado por despacho de 08 de maio de 2018 de Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Dr. Fernando Araújo:

**Artigo 1.º****Objeto**

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

**Artigo 2.º****Âmbito e Finalidade**

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica integra, juntamente com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

**Artigo 3.º****Conceitos**

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

**Artigo 4.º****Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

1 — As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica são as seguintes:

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

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

**Artigo 5.º****Norma revogatória**

Com a publicação deste documento é revogado o Regulamento n.º 123/2011, aprovados pela Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros e publicado na 2.ª série do *Diário da República*, n.º 35, de 18 de fevereiro.

**Artigo 6.º****Entrada em vigor**

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

9 de maio de 2018. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, Ana Rita Pedroso Cavaco.

**ANEXO I**

1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

**Descritivo:**

Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
E1.1. 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.	E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. E1.1.8. Intervém em programas no âmbito da saúde escolar. E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.
E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.	E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico. E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.5. Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. E1.2.6. Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos. E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.

## 2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

## Descritivo:

Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.	E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.1.2. Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3. Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.
E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.	E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem. E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.
E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.	E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.
E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.	E2.4.1. Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2. Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem. E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.
E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.	E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	<p>E2.5.3. Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.</p> <p>E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário.</p> <p>E2.5.5. Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.</p> <p>E2.5.6. Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.</p>

3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem  
 Descritivo:

Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.	<p>E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p>
E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.	<p>E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade.</p> <p>E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo.</p> <p>E3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista.</p> <p>E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN.</p> <p>E3.2.5. Promove a amamentação.</p> <p>E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.</p> <p>E3.2.7. Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.</p>
E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.	<p>E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.</p> <p>E3.3.2. Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.</p> <p>E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>
E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.	<p>E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções.</p> <p>E3.4.2. Reforça a imagem corporal positiva se necessário.</p> <p>E3.4.3. Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.</p> <p>E3.4.4. Reforça a tomada de decisão responsável.</p> <p>E3.4.5. Negoceia contrato de saúde com o adolescente.</p>

311455411

### UNIVERSIDADE ABERTA

#### Despacho (extrato) n.º 6788/2018

Durante a minha ausência da Universidade Aberta, no período de 22 de junho a 4 de julho de 2018, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 37.º dos Estatutos da Universidade Aberta, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65-B/2008, de 12 de dezembro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 246, de 22 de dezembro de 2008, e alterados pelo Despacho Normativo n.º 11/2015, e em conformidade com o disposto no artigo 42.º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, delego todos os poderes que a lei originariamente me confere para o exercício das minhas funções, bem como as competências que me foram delegadas ou subdelegadas com a possibilidade de subdelegação, na vice-reitora para a Qualidade e Cooperação Internacional, Doutora Carla Maria Bispo Padrel de Oliveira.

25 de junho de 2018. — O Reitor, *Paulo Maria Bastos da Silva Dias*.

311454983

### Regulamento (extrato) n.º 423/2018

Avisam-se os interessados, para efeitos do artigo 101.º, n.º 2, do CPA, que se encontram em consulta pública no sítio da Internet da Universidade Aberta, "UAb.pt", os projetos do Regulamento do Repositório Aberto da Universidade Aberta e da Política de Preservação do Repositório Aberto da UAb.

26 de junho de 2018. — O Reitor, *Paulo Maria Bastos da Silva Dias*.  
311456708

### UNIVERSIDADE DO ALGARVE

#### Aviso n.º 9415/2018

**Abertura de concurso externo de ingresso para ocupação de um posto de trabalho na categoria de Especialista de Informática, Grau 1, Nível 2 da carreira de Especialista de Informática, na modalidade de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, do mapa de pessoal da Universidade do Algarve.**

1 — Nos termos do disposto na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LTFP), aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho,



ANEXO III – Certificado 1º Prémio (póster)



## IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE



### CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Ana Isabel Fonseca Lopes, em coautoria com Enfermeiro Marco André Martins Cabeça, Prof. Doutora Sílvia Caldeira, Prof. Doutora Elisabete Nunes, Prof. Doutora Margarida Lourenço e Prof. Doutora Zaida Charepe, participaram no **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, com a apresentação do **Poster n.º 19** com o tema **“O desenvolvimento saudável do recém-nascido e lactente: um protocolo de revisão scoping”**, recebeu **1º prémio**, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

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

  
Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Auxiliar



ANEXO IV – Documento Oficial de Autorização para o uso da Figura 1



## PERMISSIONS GRANT LETTER/INVOICE

Correspondence Date	29-Mar-2022	Pearson Reference	223954
Deal Type	Permissions Granting: Educational		

Request date	01-Feb-2022	Requester Reference Number	
Requester Representative Name	ICS - Universidade Católica Portuguesa Lisboa (Marco André Martins Cabeça)		
Requester Representative Address	Avenida Lusíada 1600 Lisboa Lisboa		

### Requested Content:

Title	Health Promotion in Nursing
Author	Nola J. Pender, Mary Ann Parsons, Carolyn L. Murdaugh
ISBN	9780133108767
Edition Number	7
Copyright Year	2015
Pearson Entity	Pearson Education, Inc.

Asset Description	Figure 2-3 on page 35
Requested Use	thesis

*Pearson hereby grants you permission to use the specified content of the above work, subject to the terms and conditions contained in the attached schedule; and the specified conditions below:*

### Rights Granted:

Formats	Digital	Territory	Portugal
Languages	Portuguese	Editions/Revisions	
Duration	1 Year	Number of students/ copies	1

**Used By:**

<b>Publisher/institution</b>	ICS - Universidade Católica Portuguesa Lisboa	<b>Tax Number</b>	
<b>Publisher Address</b>	AVENIDA LUSIADA LISBOA, 1600 Portugal		
<b>Details of the Requesters Product/Title</b>	Master degree in Peadiatric Nursing		
<b>Author/Instructor</b>	Phd Sílvia Caldeira		

**Fees:**

<b>Fee</b>	0.00 USD
<b>GST, VAT or HST</b>	0.00 USD
<b>Total Fee</b>	0.00 USD

**Attribution:**

PENDER, NOLA J.; MURDAUGH, CAROLYN L.; PARSONS, MARY ANN, HEALTH PROMOTION IN NURSING PRACTICE, 7th edition, ©2015

Reprinted by permission of Pearson Education, Inc.

(for crediting figures and diagrams, the acknowledgement must appear below each figure and/or diagram).

**Please Note:**

By accepting the terms and conditions of this license, the signatory agrees to make payment on or before the date of your publication.

Please make payment by check or wire transfer.

To cancel a grant of permission, contact the Pearson Representative indicated below, prior to remit of payment.

Failure to make payment by 29 April 2022 may result in an automatic cancellation of this license.

Subsequent use of Pearson Asset(s) without timely payment shall be considered use without permission and may result in assertion of a claim of copyright infringement by Pearson.

**Permitted Use of Pearson Asset(s):**

The Pearson Asset(s) are being provided to you for your use in connection with your aforementioned use ("Used By" section above).

The rights granted must not deviate from or exceed those right specified in the "Rights Granted" section above. Any expansion beyond these specified terms require a new permission request.

You may only use the Pearson Asset(s) as provided and are prohibited from modifying or otherwise changing the Pearson Asset(s) to create derivatives or other products.

Any assignment, amendment or transfer of this license is not permitted without the prior written consent of Pearson.

<b>Pearson Representative</b>	Allison Dorothy Bulpitt	<b>Capacity</b>	
<b>Signature</b>		<b>Date</b>	

<b>Requestor Name</b>		<b>Capacity</b>	
<b>Signature</b>		<b>Date</b>	

**Signature:** Marco André Martins Cabeça  
Marco André Martins Cabeça (Mar 29, 2022 18:57 GMT+1)  
**Email:** marco.andre.cabeça@gmail.com

**Signature:**  
**Email:** Allison.Bulpitt@pearson.com



ANEXO V – *“Rank the Development”*



## Classificação do desenvolvimento

<i>Rank the Development</i>	<i>Head circumference &lt;10 or &gt;90 and presence of three or more phenotypic alterations and absence of one or more milestones for the age range</i>	<i>Probable developmental delay</i>	<i>Refer to neuropsychomotor evaluation</i>
	<i>Absence of one or more milestones for the age range</i>	<i>Alert for the development</i>	<i>Advise the mother on how to stimulate her child Schedule a return consultation in 30 days</i>
	<i>All the milestones for there age range are present, but there is one or more risk factors</i>	<i>Normal development with risk factors</i>	<i>Inform the mother about the warning signs to return before 30 days</i>
	<i>All the milestones for the age range are present</i>	<i>Normal development</i>	<i>Praise the mother Advise the mother to continue stimulating her child Return for follow-up according to the healthcare service routine Inform the mother about the warning signs to return earlier</i>

Reimpresso com permissão da Sociedade Brasileira de Pediatria

Fonte: Coelho, R., Ferreira, J. P., Sukiennik, R., & Halpern, R. (2016). Child development in primary care: a surveillance proposal. *Jornal de Pediatria*, 92(5), 505–511. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.12.006>.



ANEXO VI – Certificado de Formador da Sessão Formativa “Nariz Limpo, Bebé Feliz” e da Sessão Formativa “Sexualidade Saudável na Adolescência”





**USF**  
do  
**Mosteiro**

## CERTIFICADO DE FORMADOR

Declaramos para os devidos efeitos que

**Marco Cabeça**

Foi formador nas seguintes formações:

“Nariz Limpo, Bebê Feliz” - 15/12/2021, duração 30. min.

“Sexualidade Saudável na Adolescência” - 15/12/2021, duração 30. min.

O Conselho Técnico

  
\_\_\_\_\_

AA Coordenação  
Coordenadora da  
USF Mosteiro  
Dr.ª Leonilda Costa

  
\_\_\_\_\_



## APÊNDICES



APÊNDICE I - Póster submetido no IV Seminário Internacional do Mestrado em  
Enfermagem - “Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde”





# O desenvolvimento saudável do recém-nascido e lactente: um protocolo de revisão scoping

Ana Isabel Lopes<sup>1</sup>, Marco André Cabeça<sup>1</sup>, Sílvia Caldeira<sup>2</sup>, Elisabete Nunes<sup>3</sup>, Margarida Lourenço<sup>3</sup>, Zaida Charepe<sup>3</sup>

1 - Mestranda(o) na Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; 2 - PhD, Professora auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal; 3 - Professora Doutora no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal

## 1. Introdução

O desenvolvimento infantil constitui um processo de mudanças físicas e aquisição de competências a nível do desenvolvimento psicossocial, cognitivo, da imagem corporal, da identidade de género e social (Hockenberry & Wilson, 2014). Este processo é dinâmico e contínuo, variando a velocidade como cada criança adquire novas competências (Direção-Geral da Saúde, 2013) sendo influenciado pelo ambiente (Chora, 2020).

Na edição atual da NANDA Internacional (NANDA-I) estão incluídos quatro tipos de diagnósticos, classificados segundo domínios e classes (Herdman et al., 2021). O domínio 13 é dedicado ao crescimento/desenvolvimento, sendo uma das suas duas classes o desenvolvimento, composta por quatro diagnósticos de enfermagem (Herdman et al., 2021).

## 2. Materiais e métodos

Método

The Joanna Briggs Institute (JBI), 2021

Tabela 1: Descrição dos critérios de inclusão segundo PCC.

Critérios de inclusão		
População	Conceito	Contexto
Neonatos (pessoa <28 dias) e lactentes (pessoa ≥ 28 dias e < 1 ano de idade), seguindo os critérios do eixo 5: Idade da NANDA-I 2021-2023 (Herdman et al., 2021).	Desenvolvimento saudável, tendo como referência os domínios presentes na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem e comportamento e adaptação social (Direção-Geral da Saúde, 2013).	Cuidados de enfermagem tanto em âmbito hospitalar bem como de consulta de enfermagem em contexto de cuidados de saúde comunitários, independentemente da especialidade da consulta.

### Critérios de exclusão

- Trabalhos sobre recém-nascidos e lactentes de pré-termo, com doença crónica e/ou investigação em contexto das ciências da educação;
- Livros.

Estratégia de pesquisa

3 fases

1ª fase:  
13/04/2021

Pesquisa exploratória

Registos Científicos de Acesso Aberto de Biblioteca de Ciências da Saúde

Termos livres

Palavras do PCC em português e em inglês; Operadores booleanos: AND/OR e E/OU.

### Tipos de estudos

Estudos de natureza qualitativa, quantitativa, metodológica ou síntese, teses de mestrado ou doutoramento e artigos de opinião expertise

Português e/ou inglês

Bases de dados: MedLine, CINAHL, MediciLatina, APA, PsycArticles, Psychology and Behavioral Sciences Collection e Academic Search Complete - EBSCO, Nursing Reference Center, RCAAP e Banco de Teses do Brasil

Normas e orientações da Direção-Geral de Saúde.

## Questão de revisão

Quais os indicadores de um desenvolvimento saudável no recém-nascido e latente nos cuidados de enfermagem?

## 3. Resultados

### Seleção dos resultados:

- Pesquisas importadas para a plataforma Rayyan QCRI;
- Eliminação dos duplicados;
- Leitura dos títulos e resumos.

### Extração dos resultados:

- Leitura integral do texto.

### Apresentação dos resultados:

- Fluxograma PRISMA;
- Diagramas e tabelas.

## 4. Conclusão

Os indicadores de desenvolvimento que este protocolo poderá mapear podem, ao ser analisados, ajudar na melhoria das classificações de enfermagem, nomeadamente a NANDA Internacional, Inc e ainda contribuir para a validação de instrumentos que permitem a identificação de fatores de risco do desenvolvimento e assim uma antecipação e referenciação atempadas para a promoção de um desenvolvimento saudável do recém-nascido e lactente.



APÊNDICE II – Fases de pesquisa da *scoping review*



<p style="text-align: center;"><b>1ª Fase - 13 de abril de 2021</b></p>	<p><b>Plataformas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EBSCO;</li> <li>• Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal;</li> <li>• Nursing Reference Center.</li> </ul>	<p><b>Termos livres de pesquisa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palavras do PCC em português: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recém-nascido;</li> <li>○ Neonato;</li> <li>○ Lactente;</li> <li>○ Desenvolvimento infantil;</li> <li>○ Enfermagem;</li> <li>○ Cuidados de enfermagem.</li> </ul> </li> <li>• E inglês: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Newborn;</li> <li>○ Infant;</li> <li>○ Development;</li> <li>○ Child development;</li> <li>○ Nursing;</li> <li>○ Nursing care.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Operadores booleanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AND/E;</li> <li>• OR/OU.</li> </ul>
---	--	--	--

<b>2ª Fase - 15 de maio de 2021</b>	<p><b>Pesquisa livre dos descritores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MeSH; <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Newborn;</li> <li>○ Infant;</li> <li>○ Growth and Development;</li> <li>○ Child development;</li> <li>○ Nursing; Nursing care;</li> <li>○ Primary Care Nursing.</li> </ul> </li> <li>• DeCS; <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recém-nascido;</li> <li>○ Lactente;</li> <li>○ Crescimento e desenvolvimento;</li> <li>○ Desenvolvimento infantil;</li> <li>○ Enfermagem;</li> <li>○ Cuidados de enfermagem;</li> <li>○ Enfermagem de Atenção Primária.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Pesquisa exploratória dos descritores nas plataformas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EBSCO;</li> <li>• Nursing Reference Center.</li> </ul>	<p><b>Operadores booleanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AND/E;</li> <li>• OR/OU.</li> </ul>
-------------------------------------	--	--	--

<p>2ª Fase – 3 de junho de 2021</p>	<p><b>Pesquisa de descritores e respetiva família de palavras nas plataformas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MeSH: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Infant;</li> <li>○ Newborn;</li> <li>○ Growth and development;</li> <li>○ Human Development;</li> <li>○ Child Development;</li> <li>○ Nursing;</li> <li>○ Primary Care Nursing;</li> <li>○ Neonatal Nursing;</li> <li>○ Nursing Specialties;</li> <li>○ Nursing Specialty;</li> <li>○ Pediatric Nursing;</li> <li>○ Nursing Care,-</li> </ul> </li> <li>• CINAHL Subject Headings: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Infant;</li> <li>○ Newborn;</li> <li>○ Child (Infant, Infant Hospitalized e Infant, Newborn);</li> <li>○ Human development (Child Development, Infant Development);</li> <li>○ Growth and development (Child Development: 2 Months (Iowa NOC);</li> <li>○ Child Development: 4 Months (Iowa NOC);</li> <li>○ Child Development: 6 Months (Iowa NOC);</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Pesquisa final dos descritores nas bases de dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MedLine;</li> <li>• CINAHL;</li> <li>• MedicLatina;</li> <li>• APA PsycArticles;</li> <li>• Psychology and Behavioral Sciences Collection;</li> <li>• Academic Search Complete;</li> <li>• Nursing Reference Center.</li> </ul> <p>Foi também feita pesquisa no RCAAP e no Banco de Teses do Brasil, com os descritores em português (ver 2ª fase a de junho).</p>	<p><b>Operadores booleanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AND/E;</li> <li>• OR/OU.</li> </ul>
-------------------------------------	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Child Development: 12 Months (Iowa NOC));</li> <li>○ Nursing Care;</li> <li>○ Pediatric Nursing.</li> </ul>		
<b>3ª Fase</b>	Análise das referências dos documentos incluídos na revisão.		

APÊNDICE III – Critérios de pesquisa utilizados para a pesquisa final realizada nas  
diversas bases de dados



Bases de dados	Cr�terio	Resultados
MedLine	MM "infant"	1.736
	MM "newborn"	0
	MM "child"	3.415
	MM "growth and development"	0
	MM "human development"	2.003
	MM "child development"	29.868
	MM "nursing"	25.876
	MM "primary care nursing"	391
	MM "neonatal nursing"	2.853
	MM "nursing specialties"	0
	MM "nursing specialty"	0
	MM "pediatric nursing"	9.259
	MM "nursing care"	23.553
	MM "infant" OR MM "newborn" OR MM "child"	4.437
	MM "growth and development" OR MM "human development" OR "child development"	31.863
MM "nursing" OR MM "primary care nursing" OR MM "neonatal nursing" OR MM "nursing specialties" OR MM "nursing specialty" OR MM "pediatric nursing" OR MM "nursing care"	61.116	
(MM "infant" OR MM "newborn" OR MM "child") AND (MM "growth and development" OR MM "human development" OR "child development") AND (MM "nursing" OR MM "primary care nursing" OR MM "neonatal nursing" OR MM "nursing specialties" OR MM "nursing specialty" OR MM "pediatric nursing" OR MM "nursing care")	0	
<b>(MM "infant" OR MM "newborn" OR MM "child") AND (MM "growth and development" OR MM "human development" OR "child development")</b>	<b>84</b>	
CINAHL	MM "infant"	690
	MM "newborn"	0
	MM "child"	1.273

	MM “growth and development”	0
	MM “human development”	1.316
	MM “child development”	14.145
	MM ”nursing”	0
	MM “primary care nursing”	0
	MM “neonatal nursing”	2.566
	MM “nursing specialties”	0
	MM “nursing specialty”	0
	MM “pediatric nursing”	8.570
	MM “nursing care”	17.930
	MM “infant” OR MM “newborn” OR MM “child”	1.872
	MM “growth and development” OR MM “human development” OR “child development”	15.444
	MM ”nursing” OR MM “primary care nursing” OR MM “neonatal nursing” OR MM “nursing specialties” OR MM “nursing specialty” OR MM “pediatric nursing” OR MM “nursing care”	28.848
	(MM “infant” OR MM “newborn” OR MM “child”) AND (MM “growth and development” OR MM “human development” OR “child development”) AND (MM ”nursing” OR MM “primary care nursing” OR MM “neonatal nursing” OR MM “nursing specialties” OR MM “nursing specialty” OR MM “pediatric nursing” OR MM “nursing care”)	0
	<b>(MM “infant” OR MM “newborn” OR MM “child”) AND (MM “growth and development” OR MM “human development” OR “child development”)</b>	<b>37</b>
MedicLatina	TI “infant”	542
	TI “newborn”	476
	TI “child”	3.676
	TI “growth and development”	27
	TI “human development”	31
	TI “child development”	71
	TI “nursing”	1.624
	TI “nursing care”	387

	TI “primary care nursing”	20
	TI “neonatal nursing”	7
	TI “nursing specialties”	7
	TI “nursing specialty”	7
	TI “pediatric nursing”	11
	TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”	4.643
	TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”	119
	TI “nursing” OR TI “nursing care” OR TI “primary care nursing” OR TI “neonatal nursing” OR TI “nursing specialties” OR TI “nursing specialty” OR TI “pediatric nursing”	1.624
	(TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”) AND (TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”) AND (TI “nursing” OR TI “nursing care” OR TI “primary care nursing” OR TI “neonatal nursing” OR TI “nursing specialties” OR TI “nursing specialty” OR TI “pediatric nursing”)	2
	<b>(TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”) AND (TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”)</b>	<b>74</b>
APA PsycArticles	TI “infant”	1.398
	TI “newborn”	93
	TI “child”	12.318
	TI “growth and development”	40
	TI “human development”	88
	TI “child development”	481
	TI “nursing”	152
	TI “nursing care”	9
	TI “primary care nursing”	1
	TI “neonatal nursing”	1
	TI “nursing specialties”	1
	TI “nursing specialty”	1
	TI “pediatric nursing”	1
	TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”	13.708

	TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”	597
	TI “nursing” OR TI “nursing care” OR TI “primary care nursing” OR TI “neonatal nursing” OR TI “nursing specialties” OR TI “nursing specialty” OR TI “pediatric nursing”	152
	(TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”) AND (TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”) AND (TI “nursing” OR TI “nursing care” OR TI “primary care nursing” OR TI “neonatal nursing” OR TI “nursing specialties” OR TI “nursing specialty” OR TI “pediatric nursing”)	0
	<b>(TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”) AND (TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”)</b>	<b>487</b>
Psychology and Behavioral Sciences Collection	TI “infant”	10.445
	TI “newborn”	1.876
	TI “child”	68.464
	TI “growth and development”	258
	TI “human development”	515
	TI “child development”	2.244
	TI “nursing”	3.764
	TI “nursing care”	532
	TI “primary care nursing”	10
	TI “neonatal nursing”	7
	TI “nursing specialties”	4
	TI “nursing specialty”	4
	TI “pediatric nursing”	46
	TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”	79.580
TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”	2.929	
TI “nursing” OR TI “nursing care” OR TI “primary care nursing” OR TI “neonatal nursing” OR TI “nursing specialties” OR TI “nursing specialty” OR TI “pediatric nursing”	3.764	

(TI "infant" OR TI "newborn" OR TI "child") AND (TI "growth and development" OR TI "human development" TI "child development") AND (TI "nursing" OR TI "nursing care" OR TI "primary care nursing" OR TI "neonatal nursing" OR TI "nursing specialties" OR TI "nursing specialty" OR TI "pediatric nursing")	2
(TI "infant" OR TI "newborn" OR TI "child") AND (TI "growth and development" OR TI "human development" TI "child development")	2.288
AB "infant"	22.575
AB "newborn"	4.425
AB "child"	137.990
AB "growth and development"	5.345
AB "human development"	3.002
AB "child development"	9.796
AB "nursing"	9.062
AB "nursing care"	1.725
AB "primary care nursing"	49
AB "neonatal nursing"	18
AB "nursing specialties"	40
AB "nursing specialty"	40
AB "pediatric nursing"	182
AB "infant" OR AB "newborn" OR AB "child"	154.360
AB "growth and development" OR AB "human development" AB "child development"	17.025
AB "nursing" OR AB "nursing care" OR AB "primary care nursing" OR AB "neonatal nursing" OR AB "nursing specialties" OR AB "nursing specialty" OR AB "pediatric nursing"	9.062
(TI "infant" OR TI "newborn" OR TI "child") AND (TI "growth and development" OR TI "human development" TI "child development") AND (AB "nursing" OR AB "nursing care" OR AB "primary care nursing" OR AB "neonatal nursing" OR AB "nursing specialties" OR AB "nursing specialty" OR AB "pediatric nursing")	4

	<b>(AB “infant” OR AB “newborn” OR AB “child”) AND (AB “growth and development” OR AB “human development” AB “child development”) AND (AB “nursing” OR AB “primary care nursing” OR AB “neonatal nursing” OR AB “nursing specialties” OR AB “nursing specialty” OR AB “pediatric nursing” OR AB “nursing care”)</b>	<b>42</b>
Academic Search Complete	TI “infant”	64.223
	TI “newborn”	18.887
	TI “child”	434.833
	TI “growth and development”	7.753
	TI “human development”	6.264
	TI “child development”	8.332
	TI “nursing”	62.487
	TI “nursing care”	8.010
	TI “primary care nursing”	257
	TI “neonatal nursing”	102
	TI “nursing specialties”	124
	TI “nursing specialty”	124
	TI “pediatric nursing”	445
	TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”	510.755
	TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”	21.856
	TI “nursing” OR TI “nursing care” OR TI “primary care nursing” OR TI “neonatal nursing” OR TI “nursing specialties” OR TI “nursing specialty” OR TI “pediatric nursing”	62.487
	(TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”) AND (TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”) AND (TI “nursing” OR TI “nursing care” OR TI “primary care nursing” OR TI “neonatal nursing” OR TI “nursing specialties” OR TI “nursing specialty” OR TI “pediatric nursing”)	16
AB “infant”	161.226	
AB “newborn”	57.230	
AB “child”	1.035.883	

	AB “growth and development”	198.863
	AB “human development”	38.968
	AB “child development”	42.893
	AB “nursing”	155.667
	AB “nursing care”	27.088
	AB “primary care nursing”	956
	AB “neonatal nursing”	273
	AB “nursing specialties”	726
	AB “nursing specialty”	726
	AB “pediatric nursing”	1.386
	AB “infant” OR AB “newborn” OR AB “child”	1.177.579
	AB “growth and development” OR AB “human development” AB “child development”	271.317
	AB “nursing” OR AB “nursing care” OR AB “primary care nursing” OR AB “neonatal nursing” OR AB “nursing specialties” OR AB “nursing specialty” OR AB “pediatric nursing”	155.667
	(AB “infant” OR AB “newborn” OR AB “child”) AND (AB “growth and development” OR AB “human development” AB “child development”) AND (AB “nursing” OR AB “primary care nursing” OR AB “neonatal nursing” OR AB “nursing specialties” OR AB “nursing specialty” OR AB “pediatric nursing” OR AB “nursing care”)	436
	<b>(TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”) AND (TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”) AND (AB “nursing” OR AB “primary care nursing” OR AB “neonatal nursing” OR AB “nursing specialties” OR AB “nursing specialty” OR AB “pediatric nursing” OR AB “nursing care”)</b>	<b>41</b>
Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal	<b>Título “desenvolvimento infantil” E Assunto “enfermagem”</b>	<b>45</b>

Nursing Reference Center	AB “infant”	41
	AB “newborn”	21
	AB “child”	66
	AB “growth and development”	6
	AB “human development”	1
	AB “child development”	3
	AB “growth and development” OR AB “human development” AB “child development”	7
	<b>AB “infant” OR AB “newborn” OR AB “child”</b>	<b>120</b>
Bando de Teses do Brasil	“Desenvolvimento lactente”	328.256
	<b>“Desenvolvimento lactente” + Área de concentração “Enfermagem”</b>	<b>141</b>
	“Desenvolvimento recém-nascido”	336.774
	<b>“Desenvolvimento recém-nascido” + Área de concentração “Enfermagem”</b>	<b>159</b>

APÊNDICE IV – Tabela para análise dos artigos selecionados



Caraterização	Ano	
	Título	
	Autores	
	Fonte	
	País	
	Contexto	
Domínios	Postura e Motricidade global	
	Visão e Motricidade Fina	
	Audição e Linguagem	
	Comportamento e Adaptação social	
Outros		
Decisão final	<b>Incluir/Não incluir:</b>	
	<b>Justificação:</b>	
Referências		



APÊNDICE V – Tabela dos artigos incluídos na *scoping review*



Studies included in review (n = 13)	<p>Bower, T. G. R. (1971). The object in the world of the infant. <i>Scientific American</i>, 225(4), 30–39.</p> <p><a href="https://www.jstor.org/stable/24922821?seq=1#metadata_info_tab_contents">https://www.jstor.org/stable/24922821?seq=1#metadata_info_tab_contents</a></p>
	<p>Bronson, G. W. (1972). Infants' Reactions to Unfamiliar Persons and Novel Objects. <i>Monographs of the Society for Research in Child Development</i>, 37(3 (serial no. 148)). <a href="https://doi.org/10.2307/1165685">https://doi.org/10.2307/1165685</a></p>
	<p>Dantas, C. N. (2016). Software-protótipo para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil a partir da classificação internacional para as práticas de enfermagem (CIPE®) [Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. In <i>Bulletin of the Seismological Society of America</i>.</p> <p><a href="https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/22708">https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/22708</a></p>
	<p>de Souza, J. M. (2014). Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [Universidade de São Paulo].</p> <p><a href="https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-05112014-115040/publico/DOCTORADO_JULIANA_MARTINS_DE_SOUZA.pdf">https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-05112014-115040/publico/DOCTORADO_JULIANA_MARTINS_DE_SOUZA.pdf</a></p>
	<p>de Souza, J. M., &amp; Verissimo, M. de la Ó. R. (2015). Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>, 23(6), 1097–1104. <a href="https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654">https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654</a></p>
	<p>Field, J. (1977). Coordination of vision and prehension in young infants. <i>Child Development</i>, 48(1), 97–103. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1977.tb04247.x">https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1977.tb04247.x</a></p>
	<p>Haith, M. M., &amp; Campos, J. J. (1977). Human Infancy. <i>Ann. Rev. Psychol</i>, 28, 251–293. <a href="https://web.s.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=1&amp;sid=1ebfdad0-ca3f-4f11-a836-40fdaff713ba%40redis">https://web.s.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=1&amp;sid=1ebfdad0-ca3f-4f11-a836-40fdaff713ba%40redis</a></p>
	<p>Hoemann, K., Xu, F., &amp; Barrett, L. F. (2019). Emotion words, emotion concepts, and emotional development in children: A constructionist hypothesis. <i>Developmental Psychology</i>, 55(9), 1830–1849.</p> <p><a href="https://discovery.ebsco.com/c/ljojij/viewer/pdf/scz262g6lz">https://discovery.ebsco.com/c/ljojij/viewer/pdf/scz262g6lz</a></p>
	<p>Honig, A. (1970). The role of the nurse in stimulating early learning. <i>The Journal of Nursing Education</i>, 9(1), 11–16.</p> <p><a href="https://discovery.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=b508b7d3-702f-3f6a-938c-2e9f0a4b23d8">https://discovery.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=b508b7d3-702f-3f6a-938c-2e9f0a4b23d8</a></p>

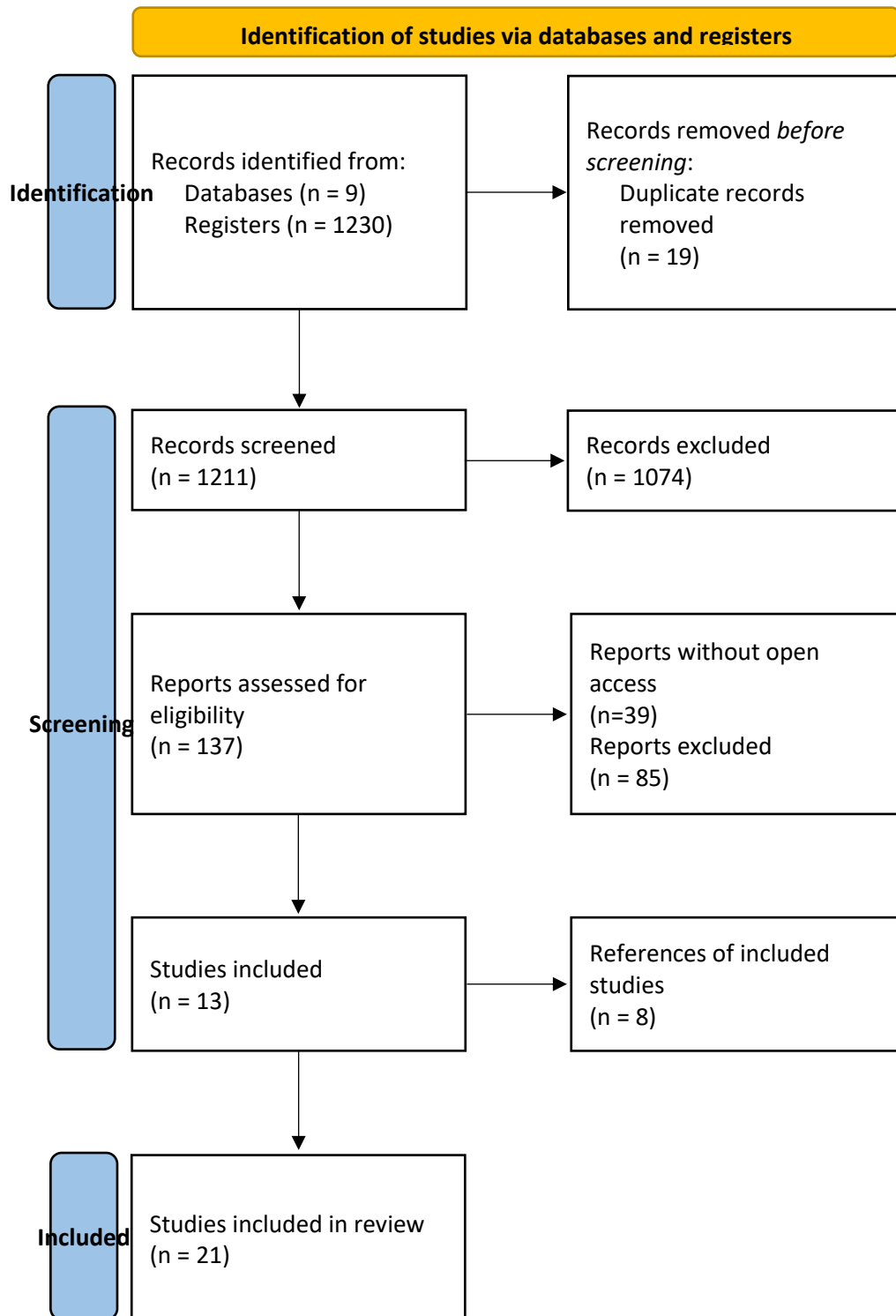
References of included studies (n = 8)	Kagan, J. (1972). Do infants think? <i>Scientific American</i> , 226(3), 74–83. <a href="https://www.jstor.org/stable/10.2307/24927295">https://www.jstor.org/stable/10.2307/24927295</a>
	McGuire, I., & Turkewitz, G. (1978). Visually elicited finger movements in infants. <i>Child Development</i> , 49(2), 362–370. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1978.tb02324.x">https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1978.tb02324.x</a>
	Melo, N. P. de. (2018). Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” proposto para a taxonomina NANDA-I [Universidade de São Paulo]. <a href="https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-08052019-133049/publico/NADIA_MELO.pdf">https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-08052019-133049/publico/NADIA_MELO.pdf</a>
	Tocchio, A. B. (2013). Educação permanente de profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde a partir de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil [Universidade de S. Paulo]. <a href="http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-30072013-120530/publico/tocchio_corrigida.pdf">http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-30072013-120530/publico/tocchio_corrigida.pdf</a>
	Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1972). Individual differences in the development of some attachment behaviors. <i>Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development</i> , 18(2), 123–143. <a href="https://www.jstor.org/stable/23083966">https://www.jstor.org/stable/23083966</a>
	Bower, T. G. R., Broughton, J. M., & Moore, M. K. (1970). The coordination of visual and tactual input in infants. <i>Perception &amp; Psychophysics</i> , 8(1), 51–53. <a href="https://doi.org/10.3758/BF03208933">https://doi.org/10.3758/BF03208933</a>
	Carpenter, Genevieve C. (1973). Mother-Stranger Discrimination in the Early Weeks of Life (p. 9). Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development (Philadelphia, Pennsylvania). <a href="https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED080167.pdf">https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED080167.pdf</a>
	Carpenter, Genieve C. (1974). Visual Regard of moving and stationary faces in early infancy. <i>Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development</i> , 20(3), 181–194. <a href="https://www.jstor.org/stable/23084525%0A">https://www.jstor.org/stable/23084525%0A</a>
	Fulkerson, A. L., & Waxman, S. R. (2007). Words (but not Tones) facilitate object categorization: Evidence from 6- and 12-month-olds. <i>Cognition</i> , 105(1), 218–228. <a href="https://doi.org/10.1016/j.cognition.2006.09.005">https://doi.org/10.1016/j.cognition.2006.09.005</a>
	Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., Sales, L. M., Stelin, R., Pesaro, M. E., & Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil:

	<p>um estudo a partir da teoria psicanalítica. <i>Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath. Online</i>, 6(1), 48–68. <a href="http://www.fundamentalpsychopathology.org.br/wp-content/uploads/2019/10/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf">http://www.fundamentalpsychopathology.org.br/wp-content/uploads/2019/10/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf</a></p>
	<p>Trehub, S. E., &amp; Rabinovitch, M. S. (1972). Auditory-linguistic sensitivity in early infancy. <i>Developmental Psychology</i>, 6(1), 74–77. <a href="https://discovery.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=a7f5bb24-f188-3a75-9d39-5dfa11a5d8d4">https://discovery.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=a7f5bb24-f188-3a75-9d39-5dfa11a5d8d4</a></p>
	<p>White, B. L., Castle, P., &amp; Held, R. (1964). Observations on the Development of Visually-Directed Reaching. <i>Child Development</i>, 35(2), 349–364. <a href="https://doi.org/10.2307/1126701">https://doi.org/10.2307/1126701</a></p>



APÊNDICE VI – Fluxograma PRISMA 2020 referente à *scoping review*







APÊNDICE VII – Tabela dos Indicadores de um Desenvolvimento Saudável no Primeiro  
Ano de vida



Domínios segundo Mary Sheridan	Indicadores	Autor(es), Ano	Página(s)
Postura e Motricidade global	“Habilidades motoras: aquisição de movimentos como andar, correr, pular, controle e destreza manual.” (no primeiro ano de vida)	Souza & Veríssimo, 2015	1100
		Souza, 2014	77
	“Most infants can accurately reach for an object by the age of six months, can sit erect by eight months, can crawl by 10 months”	Kagan, 1972	74
	“Most infants can roll over at about three months of age, sit erect between six and eight months, crawl by 10 months”	Kagan, 1972	76-77
	“From his position as a creature living in a horizontal world of bed sheets below and bare ceiling above, the child moves in the first year of his life all the way up to triumphant if wobbly verticality.”	Honig, 1970	11
	“Marcos de zero a doze meses: Mantém a barriga para cima, pernas e braços fletidos e cabeça lateralizada; Levanta a cabeça, abre as mãos, mexe os membros; Segura objetos, muda de posição ativamente (rola), fica sentado sem apoio, faz pinça e anda sem apoio.”	Melo, 2018	103
	“Before 36 weeks a substantial proportion of infants had not yet acquired locomotion, but by 36 weeks all but two had done so, and hence the curve begins there”	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972	134
	“1º mês: (...) colocada de bruços levanta a cabeça momentaneamente”	Dantas, 2016	157
	“2º mês: (...) colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente; (...) postura passa da posição lateral para linha média;”	Dantas, 2016	157-158
	“3º mês: (...) colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente; (...) postura passa da posição lateral para linha média;”	Dantas, 2016	158
	“4º mês: (...) postura passa da posição lateral para linha média; (...) rola da posição supina para prona; (...) sustenta a cabeça; levantada pelos braços, ajuda com o corpo”	Dantas, 2016	158
	“5º mês: postura passa da posição lateral para linha média; (...) sustenta a cabeça; levantada pelos braços, ajuda com o corpo; (...) senta-se sem apoio; rola da posição supina para prona;”	Dantas, 2016	158

“6º mês: (...) sustenta a cabeça; levantada pelos braços, ajuda com o corpo; (...) senta-se sem apoio; rola da posição supina para prona; (...) arrastasse ou engatinha”	Dantas, 2016	158
“7ºmês: rola da posição supina para prona; (...) arrastasse ou engatinha”	Dantas, 2016	158
“8º mês: (...) senta-se sem apoio; rola da posição supina para prona; (...) arrastasse ou engatinha”	Dantas, 2016	158
“9º mês: (...) senta-se sem apoio; rola da posição supina para prona; (...) arrastasse ou engatinha;”	Dantas, 2016	158
“10º mês: senta-se sem apoio; rola da posição supina para prona; (...) arrastasse ou engatinha; (...) anda sozinha, raramente cai”	Dantas, 2016	158
“11º mês: anda sozinha, raramente cai; (...) arrastasse ou engatinha;”	Dantas, 2016	158
“1 to 1.5 months: (...) The infant lies in the tonic neck reflex position so that his head is fully turned to the side”	White, <i>et al.</i> , 1964	353
“1.5 to 2 months: (...) The tonic neck reflex is typically present.”	White, <i>et al.</i> , 1964	354
“2 to 2.5 months: (...) The tonic neck reflex is still typically present although the head is now only half turned (45º) to the side”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
“2.5 to 3 months: (...) The tonic neck reflex is often present though less frequently than in earlier periods. The head is often near the midline position, and the limbs are usually symmetrically placed”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
“4 to 4.5 months: (...) The feet are often elevated, and the body is occasionally rotated to the side.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
“4 to 4.5 months: (...) Torso orientation to the side presentation is now common.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355-356
“Swipes at object – median and range of dates of first occurrence (2:5)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357 (Table I – Chronology of responses)
“Torso oriented towards object – median and range of dates of first occurrence (3:15)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357

			(Table I – Chronology of responses)
	<p>“Reactions to unfamiliar objects At all ages the objects presented promoted rather consistent exploratory activities – (...) reaching by 4 months, crawling up to the object at 9 months—but few signs of wariness. The only unequivocal signs occurred at age 9 months, and they were minimal and brief.”</p>	Bronson, 1972	32
	<p>“By 6 months, infants no longer gave broad smiles as they visually tracked the object (...) about half of the time, infants repeatedly reached for and grabbed the object as it came near (...)”</p>	Bronson, 1972	33
	<p>“By 9 months, no babies crawled away or frowned at the object (...) infants crawled up to the object after delays ranging from 3 to 60 seconds and began to interact with it. (...) The only behaviour which was sufficiently frequent to indicate some degree of wariness was a hesitation before touching the object.”</p>	Bronson, 1972	34
<b>Visão e Motricidade Fina</b>	<p>“A two-day-old infant is more attentive to a moving or intermittently flashing light than to a steady light; he looks longer at a solid black figure on a white background than at a low-contrast gray figure.”</p>	Kagan, 1972	74
	<p>“Duration of attention to masklike representations of the human face decreases from two to nine months of age because the child's schema for a face becomes more mature and the masks become less discrepant.”</p>	Kagan, 1972	78
	<p>“Our subjects were infants between 16 and 24 weeks old. The results were quite unambiguous. None of the infants showed any sign of surprise when he touched the real object in front of him. Every infant showed marked surprise when his hand failed to make contact with the perceived virtual object.”</p>	Bower, 1971	31
	<p>“They merely indicate that learning to coordinate vision and touch must take place, if it takes place at all, before the age of 16 weeks.”</p>	Bower, 1971	31

“(…) an infant less than six weeks old will not show defensive or avoidance behavior when an object approaches him. Other studies, however, have shown that an infant can discriminate changes in the position of objects in space well before the age of six weeks”	Bower, 1971	31
“These two-week-old infants certainly did not seem to expect a seen object to have tactile consequences. It appeared that we had indeed found a period when vision and touch were not coordinated.”	Bower, 1971	31
“(…) the results were that seven out of seven infants in their second week of life exhibited defensive behavior when they saw the approaching virtual object. (…) by the second week of life an infant expects a seen object to have tactile consequences”	Bower, 1971	32
“Newborn infants do not reach for objects in the same way that older infants do. They will, however, reach out and grasp objects if they are supported so that their hands and arms are free to move to the objects in front of them.”	Bower, 1971	32-33
“It seems that the eight- and 16-week-old infants did not identify an object as being the same object when it was moving and when it was stationary and so they continued to look for the moving object.”	Bower, 1971	34
“This result seemed to rule out the hypothesis that eight-week-old infants seeing an object go behind a screen know that the object is still there and will reappear. Further studies indicated that infants up to 16 weeks old also were likely to look for the object to reappear in both experimental situations.”	Bower, 1971	35
“(…) three-month-old infants do not recognize the identity of an object at a standstill and the same object in motion, and vice versa”	Bower, 1971	36
“(…) infants 12 weeks old do not watch a single object when the object is at first stationary, then moves and stops. They do not follow the moving object from place to place, but rather expect it to disappear and reappear on the predicted place”	Bower, 1971	36
“(…) infants less than 16 weeks old live in a world articulated in terms of solids that are stably arranged in space according to their location, with a constancy of existence when they occlude one another.” (p. 37)	Bower, 1971	37

“Infants less than 16 weeks old tracked a moving object until it went behind a screen and anticipated its reappearance; when a different object emerged, they continued to track its motion with no sign of surprise.”	Bower, 1971	37
“(…) a shift from intensity determined to more complexly determined finger movements occurs between 10 and 25 weeks of age, with the meaning of finger responses changing during this period. The finger movements of the younger infants we tested can be understood as reflex-like responses to intensity of stimulation and do not require interpretation in terms more complex than extension to weak and flexion to strong stimulation.”	McGuire & Turkewitz, 1978	370
“(…) infant vision is that variable accommodation does not occur until about 2 months of age”	Haith & Campos, 1977	253
“When do babies see color? (…) a bevy studies indicates at least by 2 to 4 months”	Haith & Campos, 1977	254
“(…) that infant color vision is similar to that of the adult at least by 4 months”	Haith & Campos, 1977	255
“(…) no discrimination between widely varying tones in infants as old as 4 months”	Haith & Campos, 1977	255
“(…) pure-tone discrimination has been demonstrated as early as 1 month”	Haith & Campos, 1977	255
“(…) before approximately 1.5 months the infant processes element of form but is insensitive to visual organization or configuration”	Haith & Campos, 1977	256
“1 month olds principally scan external features of an adult’s face (…) 1.5-2month olds scan the internal features.”	Haith & Campos, 1977	257
“(…) babies as young as 1.5 months show declining visual preference for objects as distance extends beyond 30 cm. Either real solid objects or photographic representations of solid objects are discriminated from flat objects at 2 months of age.”	Haith & Campos, 1977	258
“By 2 months, infants learned a vertical horizontal discrimination (211), and by 6 months they responded to or ignored a new orientation of an object depending on whether they had seen it in varying orientations or not (209).”	Haith & Campos, 1977	258

“(…) babies under 7 weeks scan the external hair-skin and chin-garment borders (high contrast areas) of the real face, whereas older infants principally scan the eye area”	Haith & Campos, 1977	259
“(…) prior to this review period, stimulus novelty had been shown to govern infant attention beyond 2 months of age.”	Haith & Campos, 1977	262
“size and shape constancy (and therefore some degree of identity) was presented in infants by 2 months of age (…) in the first 5 months of life when the infant’s notions of identity seemed very crude”	Haith & Campos, 1977	272
“By 5 months of age (…) both features and trajectory were said to define the identity of an object for infants – infants showed surprise at impossible changes in either of these variables.”	Haith & Campos, 1977	272-273
“This finding confirms the reports by Twitchell (1965, 1970) that grasping tends to be tactually elicited until after about 5 months of age, when visually controlled hand shaping may begin. The change with age in hand shaping associated with reaching movements from a typically fist approach at 3 months, to a divergent “fanlike” approach at 7 months, also confirms previous findings on prehension development in infancy (e.g., McGraw 1941; White, Castle, & Held 1964)”	Field, 1977	102
“3- and 5-month-old infants tend to reduce the frequency of their reaching movements when presented with solid objects at a distance which is approximately twice their arms' length. This confirms earlier findings (Field 1976) on young infants' ability to adjust their reaching behavior to the distance of objects.”	Field, 1977	102
“(…) the visual guidance of hand extensions becomes increasingly precise over the period from 5 to 9 months in infancy.”	Field, 1977	102
“(…) at least before 8 months of age, the reaching response is simply triggered by a bright, patterned surface, which an infant perceives to be approximately within arm's length.”	Field, 1977	102
“(…) a young baby's flailing hands often hit or scratch his own face, quite as much to his own surprised discomfort as to his mother's. The four- or five-month old endlessly waves a hand back and forth away from and toward his face, discovering slowly and with	Honig, 1970	11

astonishment all the perspectives entailed, and gradually learning that these separate views are still representative of something unitary—a hand.”		
“Holding a toy or a cube in each hand is a mighty hard thing to do until midway in the first year of life!”	Honig, 1970	13
“Reactions to unfamiliar objects At all ages the objects presented promoted rather consistent exploratory activities — looking at age 3 months.”	Bronson, 1972	32
“Observations at 3 and 4 Months (...) The babies visually tracked the revolving mobile, and at age 4 months, they usually reached for and sometimes grabbed the dangling bracelets. Brief smiles were given to these objects (...)”	Bronson, 1972	32
“Marcos de zero a doze meses: Leva objetos a boca, transfere de uma mão para outra, imita gestos.”	Melo, 2018	105
“It is clear that by 39 weeks of age, babies who are free to do so follow the mother much more often than they cry when she leaves the room. By 48 weeks the average baby followed 58% of the times he was free to follow.”	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972	134
“1º mês: olha para a pessoa que o observa; (...) acompanha objetos em um campo visual;”	Dantas, 2016	157
“2º mês: observa rosto da mãe/observador; (...) fixa e acompanha objetos em um campo visual;”	Dantas, 2016	157
“3º mês: observa rosto da mãe/observador; (...) acompanha objetos em um campo visual;”	Dantas, 2016	158
“4º mês: fixa e acompanha objetos em um campo visual; (...) preensão voluntária das mãos”	Dantas, 2016	158
“5º mês: (...) preensão voluntária das mãos (...) segura e transfere objetos de uma mão para a outra”	Dantas, 2016	158
“6º mês: (...) preensão voluntária das mãos, (...) segura e transfere objetos de uma mão para a outra;”	Dantas, 2016	158
“7ºmês: (...) segura e transfere objetos de uma mão para a outra;”	Dantas, 2016	158
“8º mês: (...) segura e transfere objetos de uma mão para a outra;”	Dantas, 2016	158
“9º mês: (...) segura e transfere objetos de uma mão para a outra; (...) pega objetos usando o polegar e o indicador;”	Dantas, 2016	158

“10° mês: (...) segura e transfere objetos de uma mão para a outra; (...) pega objetos usando o polegar e o indicador;”	Dantas, 2016	158
“11° mês: (...) pega objetos usando o polegar e o indicador;”	Dantas, 2016	158
“1 to 1.5 months: (...) The hand towards which the eyes are oriented is often in the center of the visual field, but the eyes neither converge on it nor do they adjust to variations in its position. The infant maintains one direction of gaze for prolonged periods. The infant can be made to track a moving object with his head and eyes over an arc of 180° given the proper stimulus conditions (...) Optimal distance at this age is about 24 inches.”	White, <i>et al.</i> , 1964	353
“1 to 1.5 months: (...) At this age, pursuit consists of a series of jerky fixations of the red circle which bring its image to the foveal area. As the target continues to move across the field, there is a lag in the response of the eye until the image again falls on the peripheral the retina.”	White, <i>et al.</i> , 1964	353-354
“1.5 to 2 months: (...) the infant's eyes occasionally converge on and fixate his own hand (usually the extended hand in the preferred tonic neck reflex posture, Figure 3). The direction of the gaze now shifts occasionally to various parts of the visual surround.”	White, <i>et al.</i> , 1964	354
“1.5 to 2 months: (...) the infant now has the capacity to focus a clear image on the retina when the stimulus is 6 inches above the bridge of the nose.”	White, <i>et al.</i> , 1964	354
“1.5 to 2 months: (...) Attention may be elicited in the foveal region using the previously described technique, and tracking is continuous over wide sectors (up to 90°) of the stimulus path.”	White, <i>et al.</i> , 1964	354
“2 to 2.5 months: (...) the infant may shift his gaze rapidly from one part of his surround to another and he rotates his head with comparative ease and rapidity. (...) The hand in view in the tonic neck reflex posture is now the object of his attention much of the time that he is awake and alert.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
“2 to 2.5 months: (...) His eyes now occasionally converge on objects as near as 5 inches from his eyes and central pursuit is usually present”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
“2 to 2.5 months: (...) fixates the object, (...) and he makes a swift accurate swipe with the near hand”	White, <i>et al.</i> , 1964	355

	“2.5 to 3 months: (...) Sustained hand regard continues to be very common.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
	“2.5 to 3 months: (...) Sustained convergence upon objects as near as 3 inches from the eyes can now be elicited.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
	“2.5 to 3 months: (...) All presentations of the test object result in immediate fixation and an abrupt decrease in activity.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
	“2.5 to 3 months: (...) Side presentations elicit (...) the infant raises the near hand to within an inch or so of the object (unilateral hand raising) and glances repeatedly from object to hand and back (alternating glances).”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
	“3 to 3.5 months: (...) the head is mostly at the midline position. Sustained hand regard is very common”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
	“3 to 3.5 months: (...) bilateral arm activity is more frequent than in previous months, with hands clasped together over the midline often present. Occasionally, the directed towards the hands as they approach each other or during mutual tactual exploration.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355-356
	“3 to 3.5 months: (...) The typical response to a side presentation is one hands raised with alternating glances from the stimulus to the hand the object. The middle presentation is more likely to elicit bilateral such as hands over the midline and clasped (Figure 4), or both hands (Figure 5), or one hand up and the other to the midline where it the clothing. Here too, alternation of glance from hand to object is common.”	White, <i>et al.</i> , 1964	356
	“3.5 to 4 months: (...) Hands clasped over the midline is common, and visual monitoring of their approach and subsequent interplay is usually present.)”	White, <i>et al.</i> , 1964	356
	“3.5 to 4 months: (...) Hands to the midline and clasped is a favored response at this time even to a side presentation. It is now sometimes combined with a turning of the torso towards the test object (torso orienting).”	White, <i>et al.</i> , 1964	356
	“4 to 4.5 months: (...) Bilateral responses such as hands to midline, both hands up, or one hand up and the other to the midline are now the most common responses to all presentations. These responses are usually accompanied by several alternating glances from the stimulus to one or both hands and back to the stimulus.”	White, <i>et al.</i> , 1964	356-357

	“4 to 4.5 months: (...) At times, the clasped hands are raised and oriented towards the stimulus (Figure 6). Occasionally, one hand will be raised, looked at, and brought slowly to the stimulus while the glance shifts from hand to object repeatedly. When the hand encounters the object it is fumbled at and crudely grasped.”	White, <i>et al.</i> , 1964	356-357
	“4.5 to 5 months: (...) a rapid lifting of one hand from out of the visual field to the object. As the hand approaches the object, it opens in anticipation of contact.”	White, <i>et al.</i> , 1964	356-357
	“4.5 to 5 months: (...) Hands to the midline with alternating glances” (p. 357)	White, <i>et al.</i> , 1964	357
	“(…) our subjects first object-oriented arm movements at about 2 months of age.”	White, <i>et al.</i> , 1964	358
	“From 3 to 4 months of age unilateral arm approaches decrease in favor of bilateral patterns, with hands to the midline and clasped the most common response. Unilateral responses reappear at about 4 months, but the hand is no longer fistled and is not typically brought directly to the object”	White, <i>et al.</i> , 1964	358
	“Finally, just prior to 5 months of age, infants begin to reach for and successfully grasp the test object in one quick, direct motion of the hand from out of the visual.”	White, <i>et al.</i> , 1964	358
	“Unilateral hand raising – median and range of dates of first occurrence (2:17)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357 (Table I – Chronology of responses)
	“Both hands raised – median and range of dates of first occurrence (2:21)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357 (Table I – Chronology of responses)
	“Alternating glances (hand and object) – median and range of dates of first occurrence (2:27)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357 (Table I – Chronology)

			of responses)
	“Hands to midline and clasp – median and range of dates of first occurrence (3:3)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357 (Table I – Chronology of responses)
	“One hand raised with alternating glances, other hand to midline clutching dress – median and range of dates of first occurrence (3:8)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357 (Table I – Chronology of responses)
	“Hands to midline and clasp and oriented towards object – median and range of dates of first occurrence (4:3)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357 (Table I – Chronology of responses)
	“(…) infants are capable of discriminating between two female faces, on some bass, within the first 7 weeks of life.”	Carpenter, 1973	3
	“Moving stimuli evoked more looking than stationary stimuli” (infants between 2-7weeks of age)	Carpenter, 1974	186
	“Moving stimuli received longer first fixations than stationary stimuli” (infants between 2-7weeks of age)	Carpenter, 1974	189
	“(…) at least by two weeks of age stimulus movement in the horizontal plane is perceptible (…)”	Carpenter, 1974	190
	“A second puzzling finding is that the familiar live face drew least attention. This was true for fourteen of the eighteen infants. Even the first fixation was shortest for mother. The possibility that the face with least reflectance would evoke least interest has now been eliminated.”	Carpenter, 1974	191

	<p>“The results indicate three independent, additive effects contributing to visual response of two- to seven-week-old female infants: (a) greater attention to horizontally moving, over stationary faces; (b) differential attention among the particular stimulus faces used, with least attention to mother; and (c) increasing attention from two to seven weeks of age.”</p>	<p>Carpenter, 1974</p>	<p>192-193</p>
	<p>“Anticipatory hand shaping under visual control occurred at all ages” (7 weeks to 6 month-old)</p>	<p>Bower, <i>et al.</i>, 1970</p>	<p>52</p>
	<p>“At every age, a seen object was reached for by every infant. Not until 3 months did the presence of an object in the hand elicit looking.”</p>	<p>Bower, <i>et al.</i>, 1970</p>	<p>52</p>
	<p>“The pattern of grasping changed markedly with age. Infants up to and including 4 months of age grasped at the object repeatedly in a stereotyped fashion, invariably closing their fingers on the object.”</p>	<p>Bower, <i>et al.</i>, 1970</p>	<p>52</p>
	<p>“The 5-month group and the 6-month group, by contrast, did not close their hands on the object but stopped the grasp with hands open. After this, a variety of exploratory behaviors occurred which included rubbing the hands together, patting at the object with open hand, pinching at its locus, poking at it, and others, all of which looked like exploratory tactile behaviors.”</p>	<p>Bower, <i>et al.</i>, 1970</p>	<p>52</p>
	<p>“The infants displayed the exploratory hand and finger pattern typical of the 5- to 6-month-old group.”</p>	<p>Bower, <i>et al.</i>, 1970</p>	<p>52-53</p>
	<p>“(…) the visual system is capable of more refined control of the prehensile system at an early age than is the tactual system.”</p>	<p>Bower, <i>et al.</i>, 1970</p>	<p>53</p>
	<p>“The 5-month-old did not completely close their hands on the virtual object. This would seem to indicate that tactual feedback was beginning to control the last stages of the grasp response in such a way that its absence could stop the ongoing response. Prior to this point in development, the grasp would complete itself in the absence of tactual feedback.”</p>	<p>Bower, <i>et al.</i>, 1970</p>	<p>53</p>
	<p>“If the prehensile system is controlled as in Fig. 3, the change observed at 5 months could be accounted for by assuming that the tactual system simply becomes more rapid in its operation, perhaps as the result of simple maturation.”</p>	<p>Bower, <i>et al.</i>, 1970</p>	<p>53</p>

<b>Audição e Linguagem</b>	“Habilidades de linguagem: Capacidade de utilizar a linguagem para comunicação” (no primeiro ano de vida)	Souza & Veríssimo, 2015	1100
		Souza, 2014	77
	“(…) if an unexpected sound, say 70 decibels of "white" noise, reaches maximum intensity within a few milliseconds, a newborn infant closes his eyes, starts and shows an increase in heart rate, all of which are signs of a defensive response. If the same sound reaches its maximum intensity in two seconds, the infant then opens his eyes, looks around and is likely to show a decrease in heart rate, all of which are signs of interest.”	Kagan, 1972	74
	“The infant becomes consistently reactive to discrepancy between two and three months, and the emergence of this competence is accompanied by a cluster of a biological phenomena (…)”	Kagan, 1972	82
	“(…) when infants as young as six months are presented with a word (e.g., “blicket”) while viewing a set of variably shaped objects of the same category (e.g., dinosaurs), they show a novelty preference for a new object from a different category (e.g., fish). This effect suggests that infants are able to use the presence of the word to form a category and, compellingly, is not observed when tones are used instead of words”	Hoemann, <i>et al.</i> , 2019	1835
	(…) 4-month-olds who were first presented sound-object combinations were later surprised when one or the other elements occurred alone.”	Haith & Campos, 1977	259
	“One- to 5-month-olds respond more dramatically to the cross-boundary shift, indicating that in some respects babies respond to these sounds like adults.”	Haith & Campos, 1977	261
	“Many a busy mother has been unable to tell us whether the baby is predominantly vocalizing with open vowel sounds or has begun the "nn, gggg, dlths" or, later, the "gagas, da-das" etc., which are the prelude during the first eight months to later babblings.”	Honig, 1970	12
	“Marcos de zero a doze meses: Emite sons, localiza vozes, duplica sílabas, produz “jargão”.	Melo, 2018	104-105
	“4 a 8 meses incompletos: 7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades”	Tocchio, 2013	27
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“8 a 12 meses incompletos: 17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular”	Tocchio, 2013	28	

		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
	“The results clearly indicate that infants 4-17 weeks of age can readily detect small differences in certain speechlike sounds, specifically the difference between synthesized and natural speech samples of b and p as well as natural samples of d and t.”	Trehub & Rabinovitch, 1972	76
	“(…) infants in the age range of 4-24 weeks are, in fact, perceiving these sounds as phonemes, that is, investing them with differences in meaning”	Trehub & Rabinovitch, 1972	76
	“at both 6- and 12-months of age, words served as a more powerful impetus than tones in the establishment of object categories. (...) At both 6- and 12-months of age, words, but not tones, support the establishment of object categories”	Fulkerson & Waxman, 2006	224
	“A subsequent analysis of individual infants’ performance provides additional evidence that by 6 months, novel words have conceptual consequences that are not observed with tone sequences.”	Fulkerson & Waxman, 2006	224
	“(…) by the time infants begin to produce their first words, they are sensitive to a link between words and the concepts to which they refer (...) infants are sensitive to this link as early as 6 months and suggest that this sensitivity is tied specifically to words, rather than to general attention-engaging properties associated with sound.”	Fulkerson & Waxman, 2006	224
	"Antes de poderem utilizar a linguagem, os bebês comunicam as suas necessidades e sentimentos através de sons que evoluem do choro para balbúcios, depois para imitação acidental e depois imitação deliberada." (referente a crianças entre 0-12 meses)	Souza, 2014	70
	“2º mês: (...) emite sons-balbucia”	Dantas, 2016	158
	“3º mês: (...) emite sons-balbucia;”	Dantas, 2016	158
	“4º mês: (...) emite sons-balbucia;”	Dantas, 2016	158
	“5º mês: (...) emite sons-balbucia; (...) vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro;”	Dantas, 2016	158
	“6º mês: (...) vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro;”	Dantas, 2016	158
	“8º mês: vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro;”	Dantas, 2016	158

	“9º mês: vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro; (...) emprega pelo menos uma palavra com sentido;”	Dantas, 2016	158
	“10º mês: (...) emprega pelo menos uma palavra com sentido;”	Dantas, 2016	158
	“11º mês: (...) emprega pelo menos uma palavra com sentido;”	Dantas, 2016	158-159
<b>Comportamento e Adaptação social</b>	“Habilidades psicossocial: capacidade de interação social.” (no primeiro ano de vida)	Souza & Veríssimo, 2015	1100
		Souza, 2014	77
	“Nine months seems to be a frontier that announces the child’s ability to generate simple hypotheses”	Kagan, 1972	82
	“New experiments suggest that their cognitive, or hypothesis-forming, development begins at the age of nine months”	Kagan, 1972	74
	“(...) an infant more than 30 days old is trying to build a representation of the event.”	Kagan, 1972	74
	“As early as the second month infants being forming a “schemata” or mental representations, of events and objects. For the next six months they pay attention to events and objects that differ moderately from these schemata. They pay less attention to familiar or totally novel events. At about eight or nine months appear the first signs of active mental work, in which the infant tries to generate hypotheses to explain novel events”	Kagan, 1972	77
	“Observations in varied cultural settings suggest that between eight and 15 months children are likely to show fear when they are separated from their primary caretaker.”	Kagan, 1972	78
	“In infants younger than nine months the departure of the mother (colored curve) or the father (gray) or the stranger (black) resulted in a relatively small change in playing and crying. In older infants the departure of mother or father resulted in a large decrease in play and a large increase in crying; departure of the stranger resulted in less crying.”	Kagan, 1972	79
	“We know that four-and five-month-old infants will cry and show signs of distress to discrepant events they cannot assimilate”	Kagan, 1972	80
	“In every case when the stranger entered the room, the infant looked more often at the stranger than at either of his parents, indicating that even the youngest child could discriminate the stramger from the parents (...)”	Kagan, 1972	80

	“(…) infants under two weeks old are never fully awake while they are lying on their back”	Bower, 1971	32
	“Defensive response and marked distress to an approaching object was exhibited by upright two week old infants”	Bower, 1971	32
	“In the multiple-mother presentation infants less than 20 weeks old happily responded with smiles, coos and arm waving to each mother in turn”	Bower, 1971	38
	“Infants more than 20 weeks old also ignored the strangers and interacted with their mothers.”	Bower, 1971	38
	“Infants less than 20 weeks old waved their arms, smiled and called to each of the mother images in turn.”	Bower, 1971	38
	“It is commonly assumed that infants have emotion concepts by about six months of age, as evidenced by their ability to discriminate between posed facial configurations that are stereotypes of facial expressions for anger, sadness, fear, and happiness categories.”	Hoemann, <i>et al.</i> , 2019	1833
	“Research shows that by three to four months of age, infants possess rudimentary concepts for pleasantness and unpleasantness (Flom & Bahrick, 2007). These affect concepts begin with multi Modal perceptual features: infants at this age do not distinguish positive from negative in faces that are presented without additional information, such as accompanying vocalizations (Walker-Andrews, 1997), and do not clearly distinguish different modalities of information until four to six months of age (Walker-Andrews & Lennon, 1991).”	Hoemann, <i>et al.</i> , 2019	1833
	“(…) infants do not show evidence of affect concepts until five to seven months of age, when they consistently distinguish pleasant, smiling faces (posing the stereotypic expression of happiness) from those posing unpleasantness (scowls, pouts, etc.), but still do not differentiate stereotyped expressions for negative emotion categories (e.g., Leppänen & Nelson, 2009).”	Hoemann, <i>et al.</i> , 2019	1833
	Although 5- and 7-month-olds have been shown to discriminate between frowning faces (depicting sadness) and scowling faces (depicting anger; Soken & Pick, 1999) or gasping faces (depicting fear; Schwartz, Izard, & Ansul, 1985), these faces can be distinguished by their differing arousal features (low vs. high). That is, by this age, infants have unimodal concepts for the perceptual features associated with valence and arousal, but not necessarily for emotion categories (i.e., anger, sadness, and fear; Barrett et al., in press).”	Hoemann, <i>et al.</i> , 2019	1833
	“(…) infants as old as seven months rely on physical differences rather than emotional meaning to distinguish between smiling and scowling faces.”	Hoemann, <i>et al.</i> , 2019	1839

	“Intriguing changes in form responsiveness have been reported around 2 months of age”	Haith & Campos, 1977	257
	“(…) maximal attention should occur to a stimulus with an intermediate, optimal level of discrepancy, at least after 6 to 8 week of age.”	Haith & Campos, 1977	263
	“(…) ten-month-olds left smiled more at a novel adult than to a familiarized one”	Haith & Campos, 1977	263
	“(…) apparent progression with age in infant reactions to mirrors, from treating the mirror images as a “sociable playmate” or an interesting spectacle at 3 to 8 months of age”	Haith & Campos, 1977	273
	“the emphasis has been on the onset of negative reactions to strangers in the second half-year of life. Positive reactions to strangers at this age were taken to indicate abnormal or delayed attachment, such as can occur with institutionalized infants.”	Haith & Campos, 1977	274
	“The sight of a stranger was reported to be punishing for bar pressing at 9 months, but not at 6 months, whereas the sight of the mother was positively reinforcing at both ages.”	Haith & Campos, 1977	275
	“(…) by 4 months of age, when, on the basis of previous reports, he had expect infants to be able to discriminate mother from stranger”	Haith & Campos, 1977	276
	“At its onset at 4 months, vigorous physical stimulation most readily elicits a laugh; subsequently, it occurs to more subtle and more cognitive stimulation”	Haith & Campos, 1977	277
	“infants 4 to 10 months of age were shown the facial and vocal expressions of angry, sad, happy, and neutral feeling states acted by an adult and discriminates the negative states first, reacting to the anger and sadness by 6 months”	Haith & Campos, 1977	280
	“4-month-olds could discriminate happy from surprised facial expressions”	Haith & Campos, 1977	280
	“between ages 3 and 9 months, since it is within this period that infants first begin to distinguish clearly between familiar and unfamiliar configurations.”	Bronson, 1972	2

CODING CATEGORIES FOR DESCRIBING INFANT REACTIONS  
A. CRITERIA FOR THE AFFECT SCALE RATINGS OF DOMINANT EMOTIONAL TONE

SCALE POINT	CATEGORY DESCRIPTION	CRITERION BEHAVIORS FOR EACH AGE		
		3 and 4 Months	6½ Months	9 Months
1	Smiled with delight	Wiggled or vocalized as smiled	Repeated broad smiles, or smiles with pleasure vocalizations	
2	Smiled	Smiled more than once, but not broadly		
3	Neutral	Predominantly blank expression and no vocalization		
4	Uneasy	Severe frown or puckering of chin	Frowned, or vocalized unhappily (or, on pickup, turned body away)	Frowned, vocalized unhappily, or crawled to mother (or, on pickup, squirmed or turned body away)
5	Cried	Cried or whimpered		

Bronson, 1972

7

“3- or 4-month old infants cried whenever put down by the mother;”

Bronson, 1972

9

“(...) then infants at 9 months were no more wary when picked up than they were at age 6.5 months”

Bronson, 1972

12

“In the 6.5- and 9-month assessments mothers were in view throughout most of the testing session, and in about half of the stranger episodes infants occasionally looked to mother with either neutral or troubled expressions.”

Bronson, 1972

13

“(...) mothers ability to reduce the wariness in a stranger’s presence seemed to follow a developmental pattern: at 4 months there was no indication that mother could lessen wariness by (loosely) holding her infant; by 6.5 months being held decreased wariness, but mother’s departure from the visual field made no apparent difference; by 9 months, holding by mother continued to be effective, her visual presence had apparently begun to provide some degree of security and infants often sought her proximity when the stranger approached.”

Bronson, 1972

13-14

“The juxtaposition of a number of behavioral characteristics observed in the 3- and 4-month assessments indicates that this was indeed the case. The tentative nature of the perceptual discriminations achieved at this age is indicated by instances in which an infant's response changed markedly within a single stranger episode (coded on "item a: changing reaction"). In three-fourths of the coded observations the smile preceded signs of wariness: typically, after greeting the stranger with a passing smile the infant would stare intently for some 15-

Bronson, 1972

14

	<p>30 seconds, then begin to frown, breathe heavily, and finally start to cry. The pattern was found only at the younger ages—an incidence of 9% at 3 months and of 4% at 4 months. Presumably the smile was evoked when the stranger's characteristics were assimilated into an existing schema of the human face, only to disappear as, with continued inspection, a dim perception of incongruence emerged.</p>		
	<p>“Only at 3 and 4 months did infants engage in protracted examinations, during which the infant's expression was rated as "neutral” (...)”</p>	Bronson, 1972	15
	<p>“At ages 3 and 4 months the brief inspections were almost invariably terminated by a smile, whereas at the two older ages brief inspections most typically ended by turning away from the stranger—a pattern that is examined in the following section.”</p>	Bronson, 1972	15
	<p>“(...) there is evidence that at 3 and 4 months an infant could mobilize an aversive reaction only after an extended analysis of the perceptual input.”</p>	Bronson, 1972	15
	<p>“(...) at every age, that if an infant was going to smile the probability strongly favored an initial occurrence within the first 10 seconds.”</p>	Bronson, 1972	15
	<p>“(...) at ages 3 and 4 months the infants stared almost continually at the stranger before beginning to cry, (...). At 6.5 months, (...) the uneasy infants actively avoided looking at the stranger (see below), once the delays when older were largely due to the infants' exercise of a defensive maneuver.”</p>	Bronson, 1972	15-16
	<p>“at 3 months there were relatively few instances in which nonsmiling babies turned away from the stranger and essentially no evidence of a capacity to resist orienting on verbal command; by 4 months turning away had become fairly frequent, but the infants still could not resist looking briefly toward the verbally insistent stranger; by 6.5 and 9 months, however, babies not only frequently turned away but often strongly resisted giving even a brief glance at the stranger.”</p>	Bronson, 1972	18-19
	<p>“at 9 months it was seen also in the form of smiling while simultaneously beginning to crawl to mother.”</p>	Bronson, 1972	19

“By 6 months, infants no longer gave broad smiles as they visually tracked the object (...) about half of the time, infants repeatedly reached for and grabbed the object as it came near (...)”	Bronson, 1972	33
“By 9 months, no babies crawled away or frowned at the object (...) infants crawled up to the object after delays ranging from 3 to 60 seconds and began to interact with it. (...) The only behaviour which was sufficiently frequent to indicate some degree of wariness was a hesitation before touching the object.”	Bronson, 1972	34
“(...) the onset of wariness will be paced by the ability to distinguish a stranger perceptually, and in the present study signs of wariness first began to appear, appropriately, during or shortly after the fourth month of life; (...) as infants become more certain in their discrimination of strangers the incidence of wariness should increase, a change that was noted between the 4- and 6.5-month observations.”	Bronson, 1972	37
“(...) by the third month of life infants begin to take great delight in events that are contingent upon their own acts—indeed, this may be central among the mechanisms that promote the development of social smiling”	Bronson, 1972	38
“It is generally agreed that the earliest social responses are not reserved for specific persons: having only limited powers of perceptual discrimination 2- to 3-month-old infants will smile happily at all who approach. (...) at ages 3 and 4 months the stranger was usually greeted with immediate and repeated smiles.”	Bronson, 1972	40
“At age 4 months there were a few infants who rather consistently cried at the stranger's hovering face. (...) at 6.5 months it seemed unlikely that any infants were unaware of the stranger's identity, and about half of the sample consistently appeared in some degree upset by his presence.”	Bronson, 1972	40
“in the second and third months of life infants begin to extend affiliative responses to other human beings, and soon come to anticipate an appropriate response in return; such reactions, presumably, are rooted in the developing attachment to familiar caretakers”	Bronson, 1972	41
“Marcos de zero a doze meses: Observa um rosto, reage ao som, sorriso social quando estimulada, resposta ativa ao contato social, brinca de esconde-achou.”	Melo, 2018	104
“0 a 4 meses incompletos: 3. A criança reage ao manhês.”	Tocchio, 2013	27

		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“0 a 4 meses incompletos: 5. Há troca de olhares entre a criança e a mãe.”		Tocchio, 2013	27
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“4 a 8 meses incompletos: 6. A criança começa a diferenciar a noite do dia.”		Tocchio, 2013	27
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“4 a 8 meses incompletos: 8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar a sua resposta.”		Tocchio, 2013	27
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“4 a 8 meses incompletos: 10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.”		Tocchio, 2013	27
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“4 a 8 meses incompletos: 11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.”		Tocchio, 2013	27
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“4 a 8 meses incompletos: 13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.”		Tocchio, 2013	27
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“8 a 12 meses incompletos: 15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.”		Tocchio, 2013	28
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“8 a 12 meses incompletos: 16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.”		Tocchio, 2013	28
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“8 a 12 meses incompletos: 18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.”		Tocchio, 2013	28
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“8 a 12 meses incompletos: 19. A criança possui objetos prediletos.”		Tocchio, 2013	28
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54

“8 a 12 meses incompletos: 20. A criança faz gracinhas.”	Tocchio, 2013	28
	Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“8 a 12 meses incompletos: 21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.”	Tocchio, 2013	28
	Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“8 a 12 meses incompletos: 22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.”	Tocchio, 2013	28
	Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“(…) as primeiras reações involuntárias que o bebê apresenta ao nascer, tais como o choro, e que serão reconhecidas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela.”	Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	53
“The findings suggest that during the first quarter of the first year there is little tendency for infants whose mothers are unresponsive to them to cry more—or less—than infants whose mothers are responsive.”	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972	130
“These findings suggest that stable, interlocking patterns of maternal and infant behavior tend to become established by the second quarter of the first year.”	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972	130
“(…) the decrement in separation crying which takes place in the period between 36 and 42 weeks of age reflects the infant's pleasure in exercising his newly acquired ability to crawl—a pleasure that may temporarily distract him from his concern about his mother's whereabouts.”	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972	133
“Although it was judged that all infants in this sample showed clear signs that they had become attached to their mothers by the end of the first year of life, it is evident that they differed conspicuously in the ways in which they manifested this attachment.”	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972	141
“Os recém-nascidos demonstram quando estão infelizes por gritos e sacudindo as pernas (...). No decorrer do tempo, os bebês respondem mais às pessoas com sorrisos, estendendo os braços e indo até elas.” (referente a crianças entre 0-12 meses)	Souza, 2014	69
“O desenvolvimento social inicia com a inserção do bebê na família. (...) O apego é uma ligação recíproca e duradora entre o bebê e o cuidador, e se desenvolve no primeiro ano de vida.”	Souza, 2014	70
“O desenvolvimento emocional inclui o choro, o sorriso, a tristeza, a alegria, o medo, a raiva.”	Souza, 2014	70

(referente a crianças entre 0-12 meses)		
“1º mês: (...) dá mostras de prazer e desconforto;”	Dantas, 2016	157
“2º mês: (...) dá mostras de prazer e desconforto; (...) arrulha e sorri espontaneamente; começa a diferenciar dia/noite;”	Dantas, 2016	157-158
“3º mês: (...) dá mostras de prazer e desconforto; (...) arrulha e sorri espontaneamente; começa a diferenciar dia/noite; (...) conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva”	Dantas, 2016	158
“4º mês: (...) arrulha e sorri espontaneamente; começa a diferenciar dia/noite; (...) conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva; (...) ri-emitindo sons (...)”	Dantas, 2016	158
“5º mês: (...) conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva; (...) ri-emitindo sons; (...) reconhece quando se dirigem a ela;”	Dantas, 2016	158
“6º mês: conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva; (...) ri-emitindo sons (...) reconhece quando se dirigem a ela; (...) responde diferentemente a pessoas, familiares ou estranhos; imita pequenos gestos ou brincadeiras;”	Dantas, 2016	158
“7ºmês: (...) responde diferentemente a pessoas, familiares ou estranhos; imita pequenos gestos ou brincadeiras;”	Dantas, 2016	158
“8º mês: (...) reconhece quando se dirigem a ela; (...) responde diferentemente a pessoas, familiares ou estranhos; imita pequenos gestos ou brincadeiras;”	Dantas, 2016	158
“9º mês: (...) reconhece quando se dirigem a ela; (...) responde diferentemente a pessoas, familiares ou estranhos; imita pequenos gestos ou brincadeiras; (...) faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc)”	Dantas, 2016	158
“10º mês: (...) responde diferentemente a pessoas, familiares ou estranhos; imita pequenos gestos ou brincadeiras; (...) faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc);”	Dantas, 2016	158
“11º mês: (...) responde diferentemente a pessoas, familiares ou estranhos; imita pequenos gestos ou brincadeiras; (...) faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc)”	Dantas, 2016	158-159
“1.5 to 2 months: (...) the infant becomes more or less active depends on his initial level of behavior. If an infant is alert and inactive, he usually becomes active; whereas if he is active, he becomes less so as he directs his gaze at the stimulus. The latter phenomenon is more common.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355

	<p>“2 to 2.5 months: (...) the infant exhibits immediate and prolonged interest in the stimulus, (...) his activity level shifts”</p>	<p>White, <i>et al.</i>, 1964</p>	<p>355</p>
	<p>“2.5 to 3 months: (...) The infant is more active than at earlier ages.”</p>	<p>White, <i>et al.</i>, 1964</p>	<p>355</p>
	<p>“4 to 4.5 months: (...) The infant is much more active.”</p>	<p>White, <i>et al.</i>, 1964</p>	<p>355-356</p>
	<p>(...) mother's face with a voice received more direct looking than mother's face without voice. Likewise, stranger's face with a voice received more attention than stranger's face without voice.”</p>	<p>Carpenter, 1973</p>	<p>2-3</p>
	<p>“Mother-stranger differentiation is thus found at an earlier age than has been reported previously. The most frequently reported evidence for stranger discrimination has been in terms of negative response to stranger, e.g., absence or increased latency of smiling; crying; turning away; etc. These responses have been found in infants of 3 to 4 months of age, and to an extent described as fear by 6 to 8 months of age”</p>	<p>Carpenter, 1973</p>	<p>3</p>
	<p>“(...) looking at stranger suggests negative response to the unfamiliar face. Similarly, the lesser attention to the stationary, silent face, within both face conditions, is consistent with ocular withdrawal from a very unusual set-of circumstances. The greater amount of turning right _away from the stimulus in the "mis-matched" face-voice conditions suggests an avoidance response to incongruity.”</p>	<p>Carpenter, 1973</p>	<p>4</p>
	<p>“At every age up to 5 months, the virtual object produced frustration and tears. The number of attempts to grasp the object before frustration set in increased with age.”</p>	<p>Bower, <i>et al.</i>, 1970</p>	<p>52</p>

APÊNDICE VIII – Tabela 1: Autores que apresentam indicadores iguais/semelhantes aos de Mary Sheridan.



<b>Domínio</b>	<b>Idade</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Autor(es), Ano (página(s))</b>
<b>Postura e Motricidade Global</b>	<b>4-6 semanas</b>	“Em decúbito ventral – levanta a cabeça.”	Melo, 2018 (p. 103); Dantas, 2016 (pp. 157, 158)
		“Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão.”	White, <i>et al.</i> , 1964 (p. 353);
		“Em tração pelas mãos – a cabeça cai.”	-
		“Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas.”	-
		“Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-fletidos.”	-
	<b>3 meses</b>	“Em decúbito ventral – apoio nos antebraços.”	-
		“Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados.”	Dantas, 2016 (p. 158); White, <i>et al.</i> , 1964 (pp. 355)
		“Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita.”	Dantas, 2016 (p. 158)
		“De pé – flete os joelhos, não faz apoio. “	-
	<b>6 meses</b>	“Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos.”	-
		“Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos.”	-
		“Em tração pelas mãos – faz força para se sentar.”	-

		“Mantém-se sentado(a) sem apoio.”	Kagan, 1972 (p. 76-77); Dantas, 2016 (p. 158)
		“De pé faz apoio.”	
	<b>9 meses</b>	“Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos. “	Kagan, 1972 (p. 74); Melo, 2018 (p. 103);
		“Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se”	-
<b>Visão e Motricidade Fina</b>	<b>4-6 semanas</b>	“Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média).”	Dantas, 2016 (p. 157); White, <i>et al</i> , 1964 (p. 353), Carpenter, 1974 (p. 190, 192-193); Bower, 1971 (p. 31)
		“Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas. “	Field, 1977 (p. 102); Honig, 1970 (p. 11); White, <i>et al</i> , 1964 (pp. 353, 354, 356); Bower, <i>et al.</i> , 1970 (p. 52)
	<b>3 meses</b>	“Segura brevemente a roca e move-a em direção à face.”	-
		“Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal.”	Bronson, 1972 (p. 32), White, <i>et al</i> , 1964 (p. 354); Carpenter, 1974 (p. 190)
		“Apresenta convergência ocular.”	White, <i>et al</i> , 1964 (pp. 354, 355)
		“Faz pestanejo de defesa.”	Bower, 1971 (pp. 31, 32);
	<b>6 meses</b>	“Tem preensão palmar”	Melo, 2018 (p. 103); Dantas, 2016 (p. 157); Bower, <i>et al.</i> , 1970 (p.

			52, 53); White, <i>et al.</i> , 1964 (p. 358); Bronson, 1972 (p. 33)	
		“Leva os objetos à boca.”	Melo, 2018 (p. 105);	
		“Transfere objetos. “	Melo, 2018 (p. 105); Dantas, 2016 (p. 157)	
		“Esquece imediatamente o objeto quando este cai. “	-	
		“Apresenta boa convergência (estrabismo anormal). “	-	
	<b>9 meses</b>	“Tem apreensão e manipulação.”	Field, 1977 (p. 102); Honig, 1970 (p. 13); Melo, 2018 (p. 105); Dantas, 2016 (p. 157)	
		“Leva tudo à boca.”	Melo, 2018 (p. 105)	
		“Aponta com o indicador.”	-	
		“Faz pinça.”	Melo, 2018 (p. 103); Dantas, 2016 (p. 157)	
		“Atira os objetos ao chão deliberadamente.”	-	
		“Procura o objeto que caiu ao chão.”	-	
	<b>Audição e Linguagem</b>	<b>4-6 semanas</b>	“Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. “	Kagan, 1972 (p. 74);
		<b>3 meses</b>	“Atende e volta-se geralmente aos sons.”	Kagan, 1972 (p. 82); Melo, 2018 (p. 104); Dantas, 2016 (p. 158)
<b>6 meses</b>		“Segue os sons a 45 cm do ouvido.”	-	
		“Vocaliza sons monossílabos e dissílabos.”	Honig, 1970 (p. 12); Melo, 2018 (pp. 104-105); Fulkerson & Waxman, 2006 (p.	

			224); Souza, 2014 (p. 70); Dantas, 2016 (p. 158)
		“Dá gargalhadas.”	-
	<b>9 meses</b>	“Tem atenção rápida para os sons perto e longe.”	-
		“Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido.”	Melo, 2018 (pp. 104-105)
	“Repete várias sílabas ou sons do adulto.”	Souza & Veríssimo, 2015 (p. 1100); Souza, 2014 (p. 77); Melo, 2018 (pp. 104-105); Dantas, 2016 (p. 158)	
<b>Comportamento e Adaptação Social</b>	<b>4-6 semanas</b>	“Fixa a face da mãe quando o alimenta.”	-
		“Tem sorriso presente às 6 semanas.”	Dantas, 2016 (p. 157-158)
		“Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.”	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972 (p. 133); Bronson, 1972 (p. 9); Kupfer, <i>et al.</i> , 2009 (p. 53); Souza, 2014 (p. 69, 70); Dantas, 2016 (p. 157); Haith & Campos, 1977 (p. 257)
	<b>3 meses</b>	“Sorri.”	Bower, 1971 (p. 38); Haith & Campos, 1977 (pp. 277); Bronson, 1972 (pp. 7, 15, 19, 38, 40); Melo,

			2018 (p. 104); Souza, 2014 (p. 70); Dantas, 2016 (p. 158)
		“Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar.”	Souza & Veríssimo, 2015 (p. 1100); Souza, 2014 (p. 77); Bower, 1971 (p. 38); Bronson, 1972 (p. 13-14, 41); Melo, 2018 (p. 104); Tocchio, 2013 (p. 27); Kupfer, <i>et al.</i> , 2009 (p. 54); Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972 (p. 130); Souza, 2014 (p.69); Dantas, 2016 (p. 158)
	<b>6 meses</b>	“É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a). “	Kagan, 1972 (p. 77); Haith & Campos, 1977 (p. 263); Dantas, 2016 (p. 158); White, <i>et al.</i> , 1964 (pp. 355-356)
	<b>9 meses</b>	“Leva uma bolacha à boca.”	-
		“Mastiga.”	Tocchio, 2013 (p. 27); Kupfer, <i>et al.</i> , 2009 (p. 54)
		“Distingue os familiares dos estranhos.”	Kagan, 1972 (pp. 78, 79, 80); Haith & Campos, 1977 (pp. 273, 276); Bronson, 1972 (pp. 2, 13, 15-16, 18-19, 37, 40); Tocchio, 2013 (p. 27);

			Kupfer, <i>et al.</i> , 2009 (p. 54); Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972 (p. 141); Dantas, 2016 (p. 158), Carpenter, 1973 (pp. 3, 4)
--	--	--	---

APÊNDICE IX - Tabela 2: Novos indicadores que surgem do trabalho dos autores dos estudos incluídos



<b>Domínio</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Autor(es), Ano</b>
<b>Postura e Motricidade Global</b>	Muda de posição/rola sobre si	Kagan, 1972; Dantas, 2016; Melo, 2018
	Consegue alcançar um objeto	Kagan, 1972; White, <i>et al.</i> , 1964; Bronson, 1972
	Abre as mãos e mexe os membros	Melo 2018; White, <i>et al.</i> , 1964
	Torce o tronco e tenta iniciar/inicia movimento em direção ao objeto	White, <i>et al.</i> , 1964; Bronson, 1972
<b>Visão e Motricidade Fina</b>	Mais atenta a estímulos/objetos móveis e/ou novos do que estímulos/objetos estáticos e/ou antigos	Kagan, 1972; Carpenter, 1974; Haith & Campos, 1977
	Expectativa na relação/consequência visão - toque/agarrar de um objeto	Bower, 1971; Bronson 1972, White, <i>et al.</i> , 1964; Bower, <i>et al.</i> , 1970
	Expectativa de movimento de um objeto	Bower, 1971; Haith & Campos, 1977
	Primeiros movimentos dos dedos	McGuire e Turkewitz, 1978)
	Acomodação visual	Haith & Campos, 1977
	Percepção de cores/tons	Haith & Campos, 1977
	Percepção da forma/tamanho/identidade de um objeto	Haith & Campos, 1977
	Fixa/observa/distingue as características da face humana	Haith & Campos, 1977; Dantas, 2016; Carpenter, 1974; Carpenter, 1973; Kagan, 1972
	Imita gestos	Melo 2018 Dantas, 2016
Segue a mãe	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972	

	Roda a cabeça e olha em volta/vira-se para o estímulo visual	White, <i>et al.</i> , 1964
	Fixa objetos	White, <i>et al.</i> , 1964; Bower, <i>et al.</i> , 1970; Bronson, 1972
<b>Audição e Linguagem</b>	Comportamento defensivo ao estímulo sonoro súbito	Kagan, 1972
	Correlação palavra-objeto	Hoemann, <i>et al.</i> , 2019; Fulkerson & Waxman, 2006
	Expectativas a estímulos sonoros	Haith & Campos, 1977
	Linguagem particular de comunicação	Tocchio, 2013; Kupfer, <i>et al.</i> , 2009
	Deteta diferenças na fonética de algumas letras	Trehub & Rabinovitch, 1972
	Diz pelo menos uma palavra com sentido	Dantas, 2016
<b>Comportamento e Adaptação Social</b>	Desenvolvimento da cognição/formulação de hipóteses	Kagan, 1972; Bronson, 1972
	Demonstração e compreensão de emoções/sentimentos em vários contextos	Kagan, 1972; Bower, 1971; Hoemann, <i>et al.</i> , 2019; Haith & Campos, 1977; Bronson, 1972; Tocchio, 2013; Kupfer, <i>et al.</i> , 2009; Souza, 2014; Carpenter, 1973; Bower, <i>et al.</i> , 1970
	Ansiedade de separação	Kagan, 1972; Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972
	Reação quando colocados em frente a um espelho	Haith & Campos, 1977
	Diferencia dia/noite	Tocchio, 2013;

		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009; Dantas, 2016
	Brinca	Tocchio, 2013; Kupfer, <i>et al.</i> , 2009; Dantas, 2016
	Tem objetos preferidos	Tocchio, 2013; Kupfer, <i>et al.</i> , 2009
	Gestos sociais (acenar, adeus, etc.)	Dantas 2016
	Mais atenta a estímulos quando são visuais e auditivos do que só visuais	Carpenter, 1973
	Distingue diferentes faces	Carpenter, 1973



APÊNDICE X - Tabela 3: Diferenças nas idades-chave dos autores comparativamente a Mary Sheridan.



<b>Domínio</b>	<b>Idade</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Autor(es), Ano (página(s))</b>	<b>Idades identificadas pelos autores</b>
<b>Postura e Motricidade Global</b>	<b>4-6 semanas</b>	“Em decúbito ventral – levanta a cabeça.”	Melo, 2018 (p. 103)	0 – 12 meses
			Dantas, 2016 (pp. 157, 158)	1 – 3 meses
		“Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão.”	White, <i>et al.</i> , 1964 (p. 353)	1 – 3 meses
	<b>3 meses</b>	“Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados.”	Dantas, 2016 (p. 158)	2 – 5 meses
			White, <i>et al.</i> , 1964 (pp. 355)	2.5 – 3 meses
		“Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita.”	Dantas, 2016 (p. 158)	4 – 6 meses
	<b>6 meses</b>	“Mantém-se sentado(a) sem apoio.”	Kagan, 1972 (p. 74)	6 – 8 meses
			Dantas, 2016 (p. 158)	5 – 6 meses 8 – 10 meses
	<b>9 meses</b>	“Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos. “	Kagan, 1972 (p. 74)	8 meses
			Melo, 2018 (p. 103)	0 – 12 meses
<b>Visão e Motricidade Fina</b>	<b>4-6 semanas</b>	“Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média).”	Dantas, 2016 (p. 157)	1 – 4 meses
			White, <i>et al.</i> , 1964 (p. 353)	1 – 1.5 meses

			Carpenter, 1974 (p. 190, 192-193)	2 – 7 semanas
			Bower, 1971 (p. 31)	6 semanas
	<b>3 meses</b>	“Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas. “	Field, 1977 (p. 102)	3 meses
			Honig, 1970 (p. 11)	4 – 5 meses
			White, <i>et al.</i> , 1964 (pp. 353, 354, 356)	1 – 1.5 meses 3 – 4 meses
			Bower, <i>et al.</i> , 1970 (p. 52)	7 semanas – 6 meses
		“Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal.”	Bronson, 1972 (p. 32)	3 – 4 meses
			White, <i>et al.</i> , 1964 (p. 354)	1.5 – 2 meses
			Carpenter, 1974 (p. 190)	2 – 7 semanas
		“Apresenta convergência ocular.”	White, <i>et al.</i> , 1964 (pp. 354, 355)	2 – 3 meses
		“Faz pestanejo de defesa.”	Bower, 1971 (pp. 31, 32)	> 2 semanas
		<b>6 meses</b>	“Tem preensão palmar”	Melo, 2018 (p. 103)
	Dantas, 2016 (p. 157)			4 – 6 meses
	Bower, <i>et al.</i> , 1970 (p. 52, 53)			5 – 6 meses

			White, <i>et al.</i> , 1964 (p. 358)	5 – 6 meses	
			Bronson, 1972 (p. 33)	6 meses	
		“Leva os objetos à boca.”	Melo, 2018 (p. 105)	0 – 12 meses	
		“Transfere objetos. “	Melo, 2018 (p. 105)	0 – 12 meses	
	Dantas, 2016 (p. 157)		5 – 10 meses		
	<b>9 meses</b>	“Tem apreensão e manipulação.”	Field, 1977 (p. 102)	5 meses	
			Honig, 1970 (p. 13)	6 meses	
			Melo, 2018 (p. 105)	0 – 12 meses	
			Dantas, 2016 (p. 157)	5 – 10 meses	
		“Leva tudo à boca.”	Melo, 2018 (p. 105)	0 – 12 meses	
		“Faz pinça.”	Melo, 2018 (p. 103)	0 – 12 meses	
	Dantas, 2016 (p. 157)		9 – 11 meses		
	<b>Audição e Linguagem</b>	<b>4-6 semanas</b>	“Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. “	Kagan, 1972 (p. 74)	Recém-nascido
		<b>3 meses</b>	“Atende e volta-se geralmente aos sons.”	Melo, 2018 (p. 104)	0 – 12 meses
Kagan, 1972 (p. 82)				2 – 3 meses	
		Dantas, 2016 (p. 158)	5 – 9 meses		

	<b>6 meses</b>	“Vocaliza sons monossílabos e dissílabos.”	Honig, 1970 (p. 12)	0 – 8 meses
			Melo, 2018 (pp. 104-105)	0 – 12 meses
			Fulkerson & Waxman, 2006 (p. 224)	6 meses
			Souza, 2014 (p. 70)	0 – 12 meses
			Dantas, 2016 (p. 158)	2 – 5 meses
	<b>9 meses</b>	“Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido.”	Melo, 2018 (pp. 104-105)	0 – 12 meses
			Souza & Veríssimo, 2015 (p. 1100)	0 – 12 meses
			Souza, 2014 (p. 77)	0 – 12 meses
			Melo, 2018 (pp. 104-105)	0 – 12 meses
			Dantas, 2016 (p. 158)	9 – 11 meses
<b>Comportamento e Adaptação Social</b>	<b>4-6 semanas</b>	“Tem sorriso presente às 6 semanas”	Dantas, 2016 (p. 157-158)	2 – 3 meses
		“Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.”	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972 (p. 133)	36 – 42 semanas
			Bronson, 1972 (p. 9)	3 – 4 meses
			Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	Ao nascer

			(p. 53)	
			Souza, 2014 (p. 69, 70)	Recém-nascido
			Dantas, 2016 (p. 157)	1- 3 meses
			Haith & Campos, 1977 (p. 257)	2 meses
<b>3 meses</b>	“Sorri.”		Bower, 1971 (p. 38)	20 semanas
			Haith & Campos, 1977 (pp. 277)	4 meses
			Bronson, 1972 (pp. 7, 15, 19, 38, 40)	2 – 9 meses
			Melo, 2018 (p. 104)	0 – 12 meses
			Souza, 2014 (p. 70)	0 – 12 meses
			Dantas, 2016 (p. 158)	4 – 6 meses
	“Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar.”		Souza & Veríssimo, 2015 (p. 1100)	0 – 12 meses
			Souza, 2014 (p. 69, 77)	0 – 12 meses
			Bower, 1971 (p. 38)	20 semanas

			Bronson, 1972 (p. 13-14, 41)	2 – 4 meses, 6.5 meses e 9 meses
			Melo, 2018 (p. 104)	0 – 12 meses
			Tocchio, 2013 (p. 27)	4 meses – 8 meses incompletos
			Kupfer, <i>et al.</i> , 2009 (p. 54)	4 meses – 8 meses incompletos
			Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972 (p. 130)	4 meses
			Dantas, 2016 (p. 158)	5 – 6 meses e 8 – 9 meses
	<b>6 meses</b>	“É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a). “	Kagan, 1972 (p. 77);	6 meses
			Haith & Campos, 1977 (p. 263)	6 – 8 semanas
			Dantas, 2016 (p. 158)	5 – 6 meses
			White, <i>et al.</i> , 1964 (pp. 355-356)	1.5 – 4.5 meses
	<b>9 meses</b>	“Mastiga.”	Tocchio, 2013 (p. 27)	8 meses – 12 meses incompletos
			Kupfer, <i>et al.</i> , 2009 (p. 54)	8 meses – 12 meses incompletos

			Kagan, 1972 (pp. 78, 79, 80)	6 – 9 meses
			Haith & Campos, 1977 (pp. 263, 276)	4 meses e 10 meses
			Bronson, 1972 (pp. 2, 13, 15-16, 18- 19, 37, 40)	3 – 9 meses
		“Distingue os familiares dos estranhos.”	Tocchio, 2013 (p. 27)	8 meses – 12 meses incompletos
			Kupfer, <i>et al.</i> , 2009 (p. 54)	8 meses – 12 meses incompletos
			Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972 (p. 141)	Final do 1º ano de vida
			Dantas, 2016 (p. 158)	6 – 11 meses
			Carpenter, 1973 (pp. 3, 4)	3 – 4 meses e 6 – 8 meses



APÊNDICE XI – Livreto “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido”



# Guia Prático dos Cuidados ao Recém- Nascido

**Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

---



**Outubro 2021**

“Um bebé é como o começo de todas as coisas – magia,  
esperança, um sonho de possibilidades”

- Eda LeShan

Com a colaboração de:

Enfermeiro Marco Cabeça, Aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem de  
Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

Sabemos que o vosso bebé não teve o início de vida que desejavam e que é dotado de uma vulnerabilidade e fragilidade acrescidas.

No entanto, sabemos que ele(a) é muito forte e resiliente e que graças ao vosso apoio conseguiu superar esta difícil etapa. Chegou o momento da alta e finalmente, o vosso bebé irá conhecer o seu lar, onde será muito feliz, receberá muito amor e miminhos e onde terão a oportunidade de dar continuidade ao trabalho desenvolvido com a nossa equipa de Enfermagem.

Este guia tem como objetivo providenciar ajuda e esclarecer as vossas dúvidas relativamente aos principais cuidados a prestar ao bebé, de acordo com o conhecimento que vos foi transmitido pela nossa equipa e capacidade e experiência que desenvolveram ao nosso lado na prestação de cuidados ao bebé.

Esperamos que vos seja útil nos momentos em que necessitarem de ajuda e não se preocupem, se não puderem levar este livrinho convosco ou se se esquecerem dele, com o QR code que está no final, poderão levá-lo para qualquer lado no vosso dispositivo eletrónico (telemóvel, tablet, computador...).

Desejamos as maiores felicidades.

A Equipa de Enfermagem da UCIN

# Guia Prático dos Cuidados Ao Recém-Nascido

## Índice

- 1.A Vinculação com o Bebê
- 2.Alimentação
- 3.Dificuldades na Amamentação
- 4.Higiene
- 5.Sono e Repouso
- 6.Problemas do Quotidiano
- 7.Segurança e Prevenção de Acidentes
- 8.Siniais de Alerta do Bebê
- 9.Recursos



A vinculação é a ligação estabelecida entre o bebê e os seus pais, que fundamenta o modelo das relações futuras do indivíduo, promove expectativas e que é suscetível de influenciar a competência social e o desenvolvimento emocional ao longo da vida.

Geralmente a pessoa mais próxima do bebê é aquela que o bebê assume como a figura vinculativa principal, na medida em que é esta que lhe proporciona a segurança e proteção de que necessita para confiar no que está ao seu redor e explorar o meio envolvente.

Graças ao vosso apoio e participação ativa nos cuidados, começaram a conhecer o vosso bebê, as suas necessidades, a cuidar dele... e assim, pouco a pouco, desenvolveram a vinculação com o bebê.

A promoção da vinculação é um processo contínuo, ao longo do crescimento e desenvolvimento do bebê. A partir do momento da alta, do momento que levarem o vosso bebê para casa, terão toda a liberdade e tempo para o conhecerem melhor e gradualmente promoverem esta vinculação.



Uma boa vinculação com o bebé promove os benefícios que as suas interações com ele têm para o seu desenvolvimento.

É normal que tenham receios, dúvidas, insegurança relativamente ao cuidar de um bebé muito especial como o vosso e como interagirem com ele. Mas existem diversas formas de interagirem com o vosso bebé e desenvolverem a vossa relação:

- Pôr o bebé no vosso colo e embalá-lo
- Falar e/ou cantar suavemente para o bebé
- Chamar o bebé pelo seu nome
- Estabelecer contacto visual enquanto têm o bebé no colo/ encostado ao peito
- Brincar com o bebé
- Estabelecer contacto pele a pele
- Dar-lhe a mão enquanto ele mama
- Dar-lhe o banho e fazer-lhe massagem a seguir
- Oferecer o polegar ao bebé para que ele se autoconforte
- Promover um ambiente calmo e agradável
- Amamentar/ dar o biberão

## Qual é o papel do pai?

Apesar de ser a mãe que tem o privilégio de poder amamentar o bebé, o papel do pai é também muito importante.

É normal que após o parto, a mãe esteja mais cansada e precise de descansar. É aqui que brilha o papel do pai.

O pai além de poder interagir e desenvolver o seu processo vincutivo com o bebé, tem também a possibilidade de dar apoio à mãe e promover o seu descanso, por exemplo, através da realização de tarefas diárias tais como, dar o banho ao bebé, dar-lhe o biberão de leite materno caso a mãe não esteja a dar apenas mama...



Deste modo, conseguirão manter uma relação harmoniosa enquanto casal e promover a vinculação com o bebé, não só pelo contacto direto, mas também porque uma relação harmoniosa entre os pais na presença do bebé é um fator estimulante de vinculação positiva.

# 2

## Alimentação

### Aleitamento Materno

O aleitamento materno exclusivo é o alimento recomendado para o bebê até aos 6 meses, uma vez que o leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos e que apresenta diversas vantagens para a mãe e para o bebê.

#### Vantagens do aleitamento materno para o bebê

- É de fácil digestão e tem a quantidade necessária de água para as necessidades do bebê
- Contém fatores de crescimento, anticorpos e glóbulos brancos importantes para o crescimento e sistema imunitário do bebê, que não estão presentes nos leites artificiais
- Previne infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias
- Tem um efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente da específica para a proteína do leite de vaca
- Ajuda na prevenção de doenças, como a diabetes, hipertensão arterial e diminui o risco de obesidade
- Promove uma melhor adaptação do bebê a outros alimentos quando iniciar a diversificação alimentar
- Promove o desenvolvimento de uma vinculação positiva com o vosso bebê

## Vantagens do aleitamento materno para a mãe

- Promove uma involução uterina mais precoce
- Menor probabilidade de cancro da mama
- Prazer de dar de mamar (para as mães que pretendem amamentar)
- Protege a mãe de uma nova gravidez, no entanto não impede totalmente que a mãe eventualmente engravide
- Promove o desenvolvimento de uma vinculação positiva com o bebé



Nesta fase inicial de vida do bebé, é essencial que lhe dêem leite materno em horário livre, ou seja, sempre que o bebé tenha fome, uma vez que o recém-nascido geralmente acorda quando tem fome. Pelo menos no primeiro mês de vida, o período entre mamadas não deverá ultrapassar as 3 horas.

Quando o bebé começa a mamar, o leite inicial é essencialmente água e lactose e apenas com o decorrer da mamada começa a ser mais rico em gordura. É assim importante para otimização do leite ingerido, que se deixe o bebé esvaziar bem uma mama e só depois iniciar a mamada na outra.

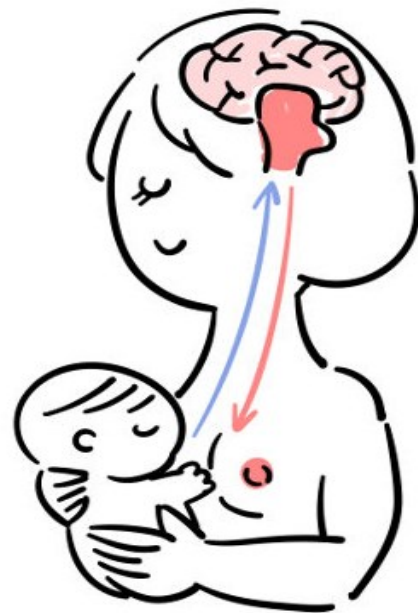


## Como se processa o aleitamento materno?

Quando o bebê mama, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. Em resposta, o cérebro segrega hormonas chamadas prolactina e ocitocina.

### Reflexo da prolactina

A prolactina é a hormona responsável pela produção de leite materno e é muito importante, pois além da produção de leite, ao ser produzida em maior quantidade durante a noite, ajuda-a na tarefa da amamentação noturna e posteriormente, no relaxamento e repouso. Além disso, os níveis elevados de prolactina inibem a ovulação.



Reflexos da ocitocina e prolactina

### Reflexo da ocitocina ou reflexo de “descida”

Esta hormona ajuda a mãe na recuperação física e tem também um papel muito importante na amamentação, uma vez que é responsável pela contração das células mamárias, promovendo a saída do leite.

Aliás, a ocitocina pode começar a ser segregada ainda antes da mamada, graças à preparação mental da mãe para amamentar, por exemplo, se a experiência de amamentar for positiva ou se tiver a convicção de que o leite materno é o melhor para o bebê.

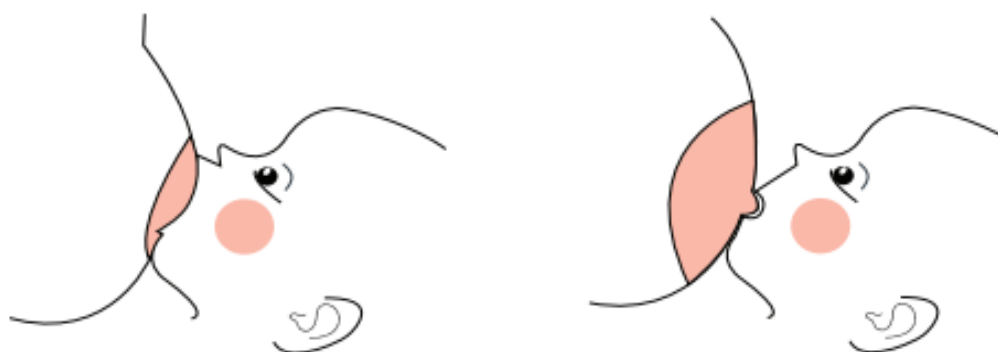
## Boa pega x Má pega



O modo como o bebê pega na mama é essencial para uma boa produção de leite e para o sucesso da amamentação. Além disso, evita ainda os principais problemas relacionados com a amamentação.

Relembramos que o tamanho e forma da mama não tem relação com o sucesso da amamentação.

É importante, após cada mamada, colocar o bebê em posição vertical durante cerca de 15 minutos, certificando-se que o bebê eructa (arrota).



Boa Pega	Má Pega
Boca bem aberta	O queixo do bebê não toca na mama
Bochechas arredondadas	A boca do bebê não está bem aberta e não apanha a maior parte da aréola e dos tecidos que estão sob ela
Lábio inferior virado para fora	O bebê não consegue “esticar” o tecido da mama para fora a fim de formar um longo bico
Queixo encostado à mama e nariz afastado	O bebê mama apenas no mamilo
Mais aréola visível acima da boca do bebê do que abaixo	Pode-se ver a mesma quantidade de aréola acima e abaixo da boca do bebê

## **Estou a amamentar, devo ter cuidados com a alimentação?**

Enquanto amamenta, sugerimos que tenha alguns cuidados com a sua alimentação, nomeadamente:

- Adote uma alimentação variada, com pouca gordura e rica em fruta e verduras
- Beba 1,5 - 2 litros de água por dia
- Não beba bebidas alcoólicas
- Evite café, chá e outras bebidas que possam ser estimulantes
- No caso de tomar medicação no domicílio, tenha atenção e consulte o seu médico para confirmar se a medicação que toma é compatível com a amamentação

## **Posicionamento da Mãe e do Bebé**

Tanto a posição em que a mãe amamenta, como a posição em que o bebé mama, têm influência no sucesso da amamentação. Dê preferência por amamentar num local tranquilo, confortável, quer seja sentada ou deitada.

### **Posição da mãe enquanto amamenta**

A mãe pode adotar várias posições para amamentar o bebé, porém o mais importante é:

- Manter as costas apoiadas
- Pés apoiados, caso esteja sentada
- Apoio da mama se necessário, por exemplo com a mão que está livre
- A mão que segura a mama deve ser colocada em “C” e não em pinça



Possíveis posições de amamentação que a mãe pode adotar

### **Posição do bebê enquanto mama**

Deve também ter atenção ao posicionamento do bebê enquanto mama:

- Manter o corpo alinhado: orelha, ombro e anca do bebê devem formar uma linha reta e virado para a mãe, junto ao seu corpo, para que não lateralize a cabeça
- O bebê deverá ter todo o corpo apoiado
- Na aproximação à mama, facilita se o bebê vier de baixo para cima, com o rosto de frente para a mama e o nariz ao nível do mamilo

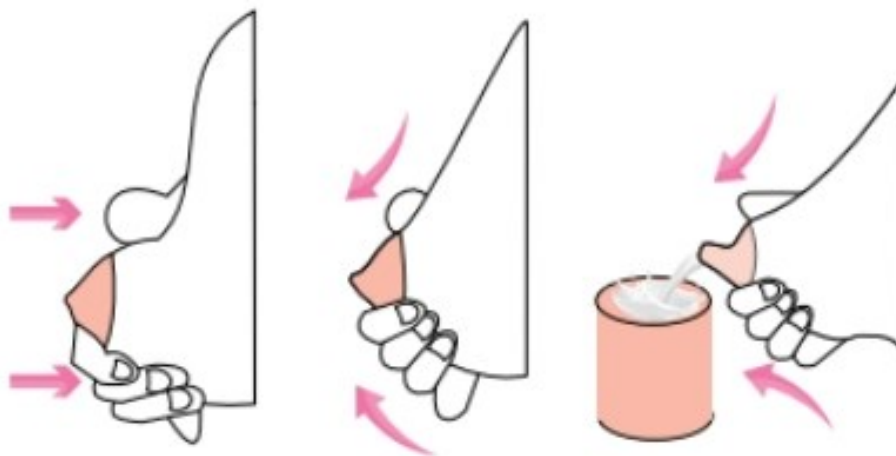


Possíveis posições de amamentação que a mãe pode adotar

## Extração do Leite Materno

Além de amamentar diretamente o bebê, por diversos motivos poderá surgir a necessidade de extrair o leite materno, desde a dificuldade do bebê em adaptar-se à mama, a excessiva produção de leite comparado com o que o bebê mama ou até mesmo, a necessidade de regresso ao trabalho e continuar a dar leite materno ao bebê.

### Extração manual do leite materno



Extração manual de leite materno

1. Massaje a mama em círculos.
2. Depois com o polegar e o indicador, no limite da aréola, fazer pressão em direção ao peito
3. Comprimir os dois dedos juntos em direção ao mamilo, sem os mover na pele



## Dicas para a extração manual do leite materno

- Quando o leite gotejar menos, experimente rodar a posição da mão e extrair o leite de outra área da mama
- Alternar a mama da qual extrai o leite
- Alternar a hora do dia em que extrai o leite
- Extrair durante a noite promove a produção de leite materno

## Extração do leite por bomba elétrica

A mãe pode também optar pela aquisição de uma bomba elétrica para uma extração de leite mais fácil, uma vez que os cones e a máquina, quando adaptados à mama, deverão permitir uma maior eficácia de extração de leite com um mínimo de desconforto.

Existem diversos modelos disponíveis e é importante que a mãe escolha o material com o qual se adapte melhor.



## Conservação do leite materno

O leite materno (LM), após extraído, deverá ser guardado em biberões (para guardar no frigorífico) ou em sacos de congelação (para conservar no congelador).

Graças à atividade dos seus fatores antimicrobianos, o leite materno pode ser mantido à temperatura ambiente durante 6-8 horas sem que haja um desenvolvimento anormal de bactérias. Contudo, durante esse tempo, algumas das substâncias que auxiliam a digestão do leite começam a degradar-se e por isso deve aguardar-se no frigorífico.



A conservação do LM no frigorífico (4°C) é referida como segura até 3 dias, devido ao facto de a maioria das bactérias ser inativa aquela temperatura, enquanto os fatores antimicrobianos do leite se mantêm ativos.

É preciso ter em consideração que estas condições de conservação do leite materno ocorrem num ambiente sem variação de temperatura, ou seja, o equivalente a terem o vosso frigorífico sempre fechado. Como tal não é possível no dia-a-dia, o tempo de conservação deve ser diminuído para 48 horas.

Para evitar variações de temperatura, os recipientes com o leite não devem ser colocados na porta do frigorífico, mas sim nas prateleiras e o mais atrás possível.

O leite materno pode manter-se congelado a -20°C até 6 meses, apesar da qualidade dos nutrientes do leite se alterar gradualmente durante o armazenamento. Alguns congeladores mantêm o leite congelado a uma temperatura superior a -20°C. Se for o caso, o tempo de conservação não deve exceder as 2 ou 3 semanas.

Os congeladores com função de auto-descongelamento estão contraindicados para a conservação do LM porque este não pode ser sujeito a variações de temperatura que provoquem descongelamento parcial.



A descongelamento deve ser feita dentro do frigorífico a 4°C ou sob água quente corrente. Não deve ser utilizado o banho-maria (com água fervente) nem o micro-ondas. Uma vez descongelado, o leite materno pode ser conservado no frigorífico durante 48 horas.

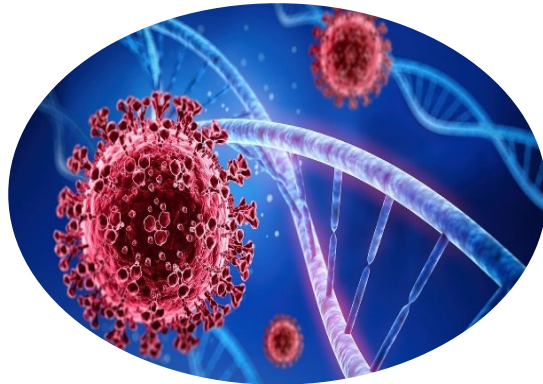
O leite recentemente extraído não deve ser misturado com outro já guardado no frigorífico ou congelador, para evitar variações de temperatura.

Identifique sempre os recipientes e registre a data e hora da extração do leite. É também fundamental que todos os materiais que contactam com o leite possam ser esterilizados.

<b>Conservação do Leite Materno</b>	
<b>Leite Recém extraído</b>	<b>Tempo máximo</b>
À temperatura ambiente	6 - 8 h
<b>Leite Refrigerado</b>	<b>Tempo máximo</b>
Fundo da prateleira (0 - 4° C)	8 dias
Fundo da prateleira (4 - 10° C)	3 dias
<b>Leite Congelado</b>	<b>Tempo máximo</b>
Temperatura inferior a -20° C	6 meses
Temperatura superior a -20° C	2 - 3 semanas
<b>Descongelamento do Leite</b>	<b>Tempo máximo</b>
Descongelamento fora do frigorífico	Consumir de imediato
Descongelamento dentro do frigorífico	Até 48 horas

## Aleitamento Materno e o COVID-19

Nesta fase pandémica em que todos vivemos, amamentar poderá ser uma fonte de insegurança para as mães que obtiveram resultado positivo no teste SARS-COV2 e que estão a amamentar os seus bebés.



No entanto, até ao momento, não há estudos que demonstrem inequivocamente que o vírus possa ser transmitido por mães com COVID-19 através do aleitamento materno.

De acordo com estudo efetuados, o principal risco é o contacto próximo entre a mãe e o bebé, uma vez que podem ser partilhadas gotículas infecciosas no ar e eventualmente infetar o bebé.

Dado que é escassa a informação sobre o potencial risco de transmissão do vírus SARS-COV2 através da amamentação, torna-se muito importantes que sejam implementadas medidas que previnam o contágio do bebé:

- Lavar as mãos, frequentemente, com água e sabão durante, pelo menos 20 segundos, sempre antes e depois de cada mamada
- Usar máscara durante a amamentação
- Limpar e desinfetar o material (se extrair o leite materno com bomba elétrica ou manual deverá fazê-lo antes e após cada utilização) e superfícies usadas frequentemente

## Alimentação Por Biberão

Caso o vosso bebé necessite de suplementar o leite materno ou de ser alimentado com outro tipo de leite, também terão de ter algumas precauções relativamente ao aleitamento artificial.



No caso de o vosso bebé ir para casa a necessitar de leite artificial, antes da alta, serão informados de qual o tipo de leite e da quantidade a dar ao bebé.

### Preparação de Leite Artificial

- Prepare o leite numa área limpa e lave sempre as mãos antes
- Ferva a água (pode ser da torneira) durante 5 minutos. Poderá usar uma panela ou um jarro elétrico para acelerar o processo de fervura
- Coloque no biberão a quantidade de água necessária e só depois deve colocar o leite em pó com a colher que vem na lata do leite.
- Coloque 1 medida/ colher de leite em pó por cada 30 ml de água
- Agite muito bem o leite até que este fique bem diluído
- Verifique a temperatura do leite colocando uma gota no pulso
- Se tiver de aquecer o biberão preparado faça-o debaixo de água corrente quente ou em banho-maria. Evite utilizar o micro-ondas uma vez que não aquece o leite de forma homogénea
- Se o bebé não mamar a totalidade do leite preparado, desperdice o que sobrou
- Para otimização do vosso tempo poderão deixar vários biberões preparados no frigorífico, pois têm uma estabilidade de 24h. Assim apenas terão de aquecer o leite e está pronto a dar ao bebé.



Figura Ilustrativas dos Passos de Preparação do Leite Artificial

Quantidade de Leite em Pó (nº colheres)	Quantidade de Água (ml)
1	30
2	60
3	90
4	120
5	150

Figura Ilustrativa da Proporção de Leite em Pó x Água Necessária para Preparação do Biberão de Leite Artificial

## Limpeza e Esterilização

É muito importante manter o material do bebê o mais limpo possível, principalmente os biberões, tetinas e as chupetas que devem ser lavados e esterilizados.

Para lavar este material do bebê poderão usar a máquina de lavar a loiça, desde que não tenha qualquer outro tipo de loiça, ou lavar à mão com água corrente, sabão (não pode ser sabão em pó) e escovilhão.

A lavagem dos biberões deverá incidir mais na zona do gargalo e da rosca, enquanto as tetinas devem ser voltadas de dentro para fora e lavadas com uma escovinha apropriada. Após a lavagem deverão proceder à esterilização dos materiais, podendo optar por várias opções:

### Esterilizador elétrico

Caso decidam adquirir um esterilizador elétrico, apenas precisarão de seguir as instruções que vêm com o aparelho, sendo que em geral o processo demora cerca de 7 - 15 minutos.

Este método tem a vantagem de ser uma esterilização segura e de desgastar menos os materiais. Após a esterilização apenas precisam de os deixar dentro do aparelho a secar e posteriormente guardá-los.



## Esterilização com água a ferver

Podem também esterilizar os materiais do bebé com água a ferver. Basta colocarem os materiais numa panela ao lume e após a água começar a ferver, deixar assim durante 5 - 10 minutos (as tetinas apenas nos últimos 5 min.) Poderão optar por ferver a água num jarro elétrico uma vez que o processo será mais rápido e depois darão continuidade na panela.



Devem usar sempre a mesma panela e deixar que os materiais do bebé sequem naturalmente em cima de um pano/ papel de cozinha numa zona limpa.

## Esterilização no micro-ondas



O princípio é semelhante ao do esterilizador elétrico, com a principal diferença de que a temperatura necessária para esterilizar é gerada pelo micro-ondas.

Podem usar um esterilizador de micro-ondas, uma tigela de vidro ou recipiente de plástico.

Devem encher com água e meter a potência/ temperatura e o tempo sugeridos pelo fabricante.

## Engasgamento E Como Resolver

É normal que em algum momento durante a mamada o bebê se possa engasgar. Em primeiro lugar, para que a manobra de desengasgamento seja mais eficaz, é importante que consigam manter a calma.

Os sinais de que o bebê se engasgou são:

- Tosse, espirro, náuseas e choro durante a alimentação, por exemplo;
- O bebê ficar ofegante e a respirar muito depressa;
- Não conseguir respirar, o que pode causar lábios azulados e palidez ou vermelhidão na face;
- Ausência de movimentos respiratórios;
- Fazer muito esforço para respirar;
- Emitir sons incomuns ao respirar;
- Tenta chorar mas não emitir nenhum som.



Segurem o bebê de barriga para baixo com a cabeça mais baixa que o tronco, suportando a cabeça com uma mão e apoiando o tórax no antebraço e/ou na coxa.

Para apoiarem a cabeça, devem colocar o polegar num dos ângulos da mandíbula, e um ou dois dedos no mesmo ponto no outro lado da mandíbula.

Dêem 5 pancadas, secas, nas costas, entre as duas omoplatas, com a base da mão, usando uma força adequada ao tamanho da criança.

O objetivo não é necessariamente efetuar obrigatoriamente as 5 pancadas, mas antes que alguma delas consiga desengasgar o bebê.

Se o bebê ainda se encontra engasgado/ não respira, passem à aplicação de compressões torácicas.

Apoiem a cabeça do bebê com a mão que estava livre e rodem-no em bloco, para que este fique de barriga para cima sobre o antebraço.

Mantenham a cabeça a um nível inferior ao do resto do corpo. Façam compressões torácicas com 2 dedos a um ritmo lento. Façam até 5 compressões de cada vez para tentar reverter a situação.

Após as 5 compressões torácicas ou abdominais, verifiquem se houve saída do leite.



Se o que fizeram até agora não resultou, mas o bebê estiver consciente, a sequência deve ser mantida sem que o abandonem.

No entanto, peçam ajuda, ou peçam para alguém o fazer, ligando para o 112, caso ainda não tenha sido feito.



### 3

## Dificuldades na Amamentação



Quando se tem um bebé, podem surgir diversas dificuldades relacionadas com a amamentação, quer a mãe esteja a dar mama ou não. Neste próximo capítulo vamos abordar as principais dificuldades ou complicações relacionadas com a amamentação.

As principais complicações que a mãe poderá ter de enfrentar durante a amamentação são:

- Ingurgitamento mamário
- Mamilos gretados/ fissuras mamilares
- Candidíase mamária/ mamilar
- Ducto entupido
- Mastite

### Ingurgitamento Mamário

Dá-se o nome de ingurgitamento mamário à “descida” do leite que ocorre entre o 3º e 5º dia após o parto e que corresponde ao início da fase de secreção do leite. Nesta fase, a mama pode ficar tensa, quente e dolorosa e a temperatura da mulher pode eventualmente subir até aos 38°C durante 24 horas.

Quando a mama está muito cheia, o bebé pode não conseguir uma pega eficaz, contribuindo para a estase do leite na mama e cada vez mais agravar o ingurgitamento.

A principal causa do ingurgitamento mamário é a remoção pouco frequente ou ineficaz do leite da mama.

## Diferença entre a mama cheia e a mama ingurgitada

Mama cheia	Mama ingurgitada
Quente	Tem dor moderada a forte
Pesada	Edemaciada (inchada)
Endurecida	Tensa, brilhante, avermelhada e com o mamilo apagado
Leite a gotejar	Pode não gotejar leite
Sem febre	Pode ter febre mais de 24h

### Como pode prevenir o ingurgitamento?

- Iniciar a amamentação logo após o parto
- Assegurar que o bebé tem uma boa pega na mama
- Dar de mamar em horário livre
- Não oferecer ao bebé leite artificial a não ser que recomendado
- Extração do leite materno com bomba manual ou eléctrica



No caso de o vosso bebé ter sido internado na UCIN após o parto, uma vez que não será possível iniciar logo a amamentação, poderão optar por extrair o leite, para evitar a sua acumulação e consecutivamente, evitar que a mama fique tensa, desencadeando o ingurgitamento mamário.

## Como tratar o ingurgitamento mamário

- Massajar o pescoço/ costas da mãe para estimular o reflexo da ocitocina, ou seja, promover a saída mais fluída do leite da mama
- Se conseguir pôr o bebé a mamar, à medida que a mama esvazia, vá corrigindo a pega do bebé para torná-la mais eficaz
- Pôr o bebé a mamar na mama mais cheia
- Massajar as zonas mais endurecidas durante a mama
- Após amamentar deve aplicar compressas frias (ou almofadas de gel apropriadas)
- Dar de mamar ao bebé assim que sentir a mama a ficar tensa
- Dirigirem-se ao médico para que lhe prescreva um analgésico ou anti-inflamatório
- Caso esteja a amamentar e o bebé não pegue na mama:
  - ✓ Aplicar compressas quentes durante a mamada
  - ✓ Massajar a mama durante alguns momentos para facilitar a saída do leite
  - ✓ Extrair manualmente o leite

## Mamilos Gretados/ Fissuras Mamilares

Ao longo do período de amamentação, o mamilo pode ficar dorido e com fissuras, tornando a amamentação dolorosa para a mãe.

A principal causa de fissuras no mamilo é a pega incorreta do bebé e o mau posicionamento em relação à mama e geralmente, ocorre nos primeiros dias de vida do bebé.



É normal que a dor seja mais intensa quando o bebé começa a mamar, que diminua ao longo da mamada e, que eventualmente desapareça quando o bebé deixa a mama.

## Como podem prevenir?

- Assegurar que o bebé tem uma boa pega
- Lavar os mamilos apenas uma vez por dia, no decorrer da higiene. Evite limpar para além da sua higiene habitual e evite produtos potencialmente irritativos
- Aplicar após o banho e cada mamada, 2 a 3 gotas de leite materno no mamilo e aréola e/ou pomada cicatrizante
- Se sente dor durante a mamada, deve interromper e colocar novamente o bebé a mamar, tentando assegurar uma boa pega. Dar de mamar não deve ser um procedimento doloroso para a mãe.
- Não interromper a mamada, deixar que seja o bebé a fazê-lo OU colocar suavemente um dedo na boca do bebé de modo a interromper a sucção
- Deixar os mamilos secar ao ar livre após as mamadas
- Evitar a utilização de discos absorventes impermeáveis

## Como pode tratar as fissuras mamilares?

- Iniciar a amamentação pela mama menos afetada e, ir corrigindo a pega do bebé caso necessário
- Continuar a aplicar as gotas de leite materno no mamilo e aréola, aplicar discos de hidrogel, compressas quentes e analgesia
- Consultar o médico de família, obstetra ou dermatologista.

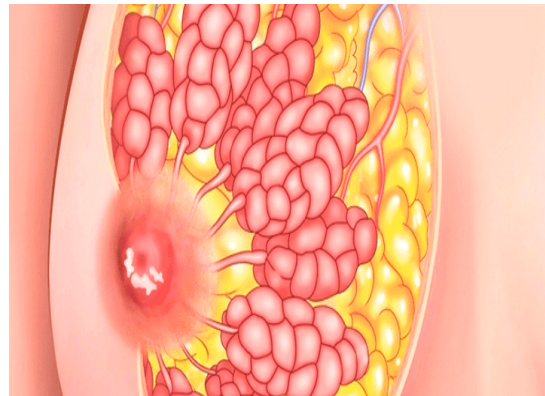


## Candidíase Mamária/ Mamilar

A candidíase mamária (ou mamilar) é uma infecção frequente durante o período de amamentação e que é causada pelo fungo *Candida albicans*, que está presente na pele.

Contudo, devido a alterações na imunidade, pode haver proliferação do fungo e causar diversos sintomas:

- Dor na mama desproporcional à sua aparência
- Sensação de queimadura com irradiação para dentro da mama (tipo “alfinetes”)
- A dor permanece ou começa após a mamada (pode acontecer em ambas as mamas)
- História de candidíase oral ou do períneo do bebê, ou vaginal da mãe aquando do parto
- Mamilo cor-de-rosa, brilhante e descamativo, mas mama sem sinais inflamatórios
- Dor na mama quando outras causas já foram excluídas



Para iniciar o tratamento, devem dirigir-se ao vosso médico de família, obstetra ou dermatologista, que poderá indicar qual a medicação e método de administração adequadas.

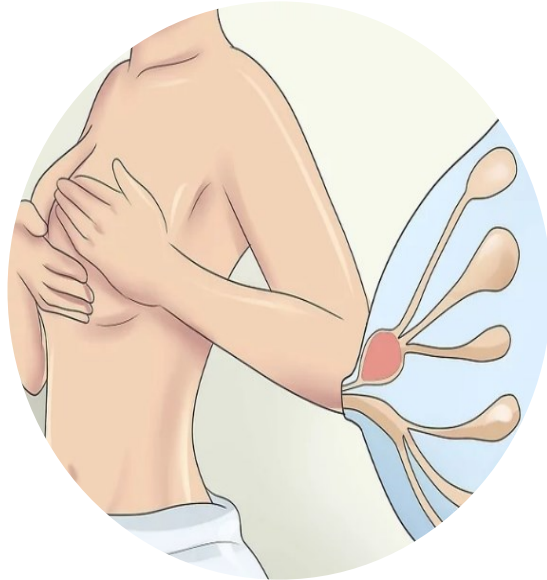
Durante o tratamento, a mãe não necessita de parar de amamentar, no entanto, caso o bebê apresente sintomas de candidíase oral, deverão recorrer ao vosso médico de família ou pediatra.

## Ducto Entupido

Quando o leite se acumula na mama atrás de um bloqueio nos canais, a concentração de leite poderá provocar desconforto, levando à formação de um nódulo.

O ducto entupido é assim o bloqueio ou obstrução dos canais do leite, que resultam de um difícil e fraco esvaziamento da mama.

Este nódulo é normalmente doloroso e ruborizado (avermelhado) e pode estar associado a um ponto branco no mamilo, chamado de “bolha de leite”, que é sinal de obstrução mamilar.



Normalmente ocorre em situações em que a pega é incorreta, a mãe usa roupa apertada (soutien), houve diminuição do número de mamadas, trauma da mama ou, ingurgitamento mamário.

### Como podem tratar o ducto entupido?

- Tentar que o bebé tenha uma boa pega na mama
- Aumentar o número de mamadas na mama afetada, para que haja um maior esvaziamento da mesma. Deve dirigir o queixo do bebé para a zona dolorosa da mama para facilitar a saída do leite/massajar a zona dolorosa durante a mamada
- Após a mamada pode extrair manualmente o leite caso a mama não tenha esvaziado completamente, massajando a zona afetada em direção ao mamilo
- Se apresentar uma “bolha do leite”, friccionar a zona com uma toalha após o banho e colocar de seguida o bebé a mamar

# Mastite

Mastite é a inflamação da mama, associada à estase do leite materno na mama. Ocorre geralmente nas primeiras 12 semanas após o parto, principalmente nas 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> semanas.

Pode ser classificada como não infecciosa (se tiver origem no esvaziamento insuficiente da mama) ou infecciosa (se houver persistência de estase de leite na mama e consecutiva infecção). Em ambos os casos, parte da mama fica avermelhada, edemaciada (inchada) e muito dolorosa.



No caso da mastite não infecciosa os sintomas passam em 24 horas, o que não acontece na mastite infecciosa dado que os sintomas agravam progressivamente.

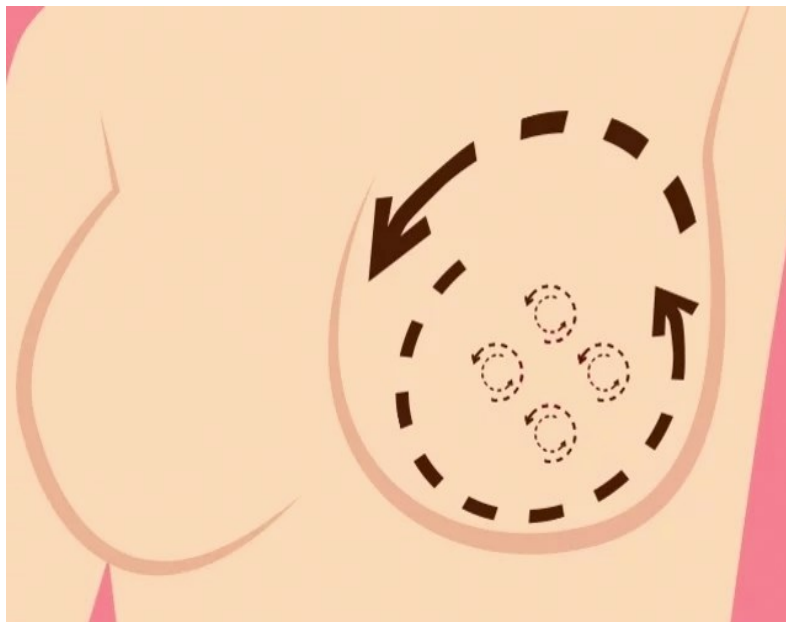
Diversos fatores podem contribuir para o desenvolvimento de uma mastite, tais como: fissuras no mamilo, má pega do bebé, sucção ineficaz, desmame rápido, ducto entupido, grande produção de leite, episódios anteriores de mastite, stress, cansaço...

## Como podem prevenir?

- Prevenir (e/ou tratar) o ingurgitamento mamário e fissuras mamilares
- Evitar a compressão excessiva da mama com os dedos durante a amamentação
- Evitar roupas apertadas

## Como podem tratar a mastite?

- Continuar a amamentar, começando pela mama não afetada (caso a mastite seja apenas de uma mama)
- Massajar a área afetada da mama durante a mamada, para direcionar o leite para o mamilo
- Após a mamada, extrair o leite materno da mama afetada, quer manualmente ou com recurso a bomba
- Aplicar compressas frias após as mamadas
- Hidratação oral
- Repousar
- Consultar o médico de família ou equipa de enfermagem do centro de saúde ou da UCIN



# 4

## Higiene

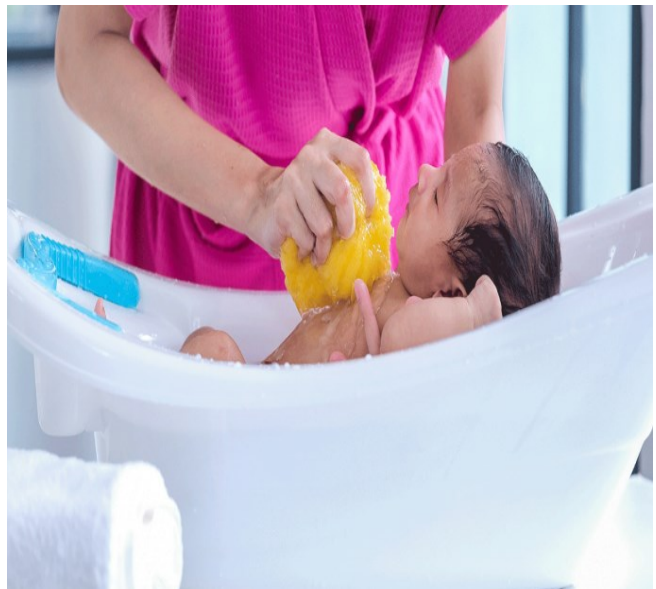


### Preparação do Banho

O banho do bebê é um momento muito importante no qual, além de ser essencial para a higiene, surge também a oportunidade de promover a vinculação com o bebê, de proporcionar conforto, de tocar e trocar afeto.

Inicialmente podem dar o banho em dias alternados, tal como sucedeu durante o internamento.

Mais tarde, podem passar a dar o banho diariamente e até estabelecer uma rotina de banho para o bebê.



Antes de iniciar o banho não se esqueça de lavar as mãos!

Não se esqueçam dos cuidados a ter na preparação do banho:

- Certifiquem-se de que prepararam tudo o que necessitam (produtos de higiene, toalha, fralda, acessórios, roupinha...
- Apoiem a banheira numa superfície plana junto de tudo o que precisam e da toalha.
- Mantenham uma temperatura amena na divisão onde irão dar o banho
- Assegurem-se de que a temperatura da água está agradável para o bebé (podem testar com a face interna do pulso ou com o cotovelo, ou caso queiram, utilizem um termómetro - 36.5 - 37 ° C
- Deitem primeiro a água fria na banheira e só depois a água quente até atingir a temperatura que pretendem, até cerca de 10 cm de altura
- Usem produtos com pH neutro, de preferência sem perfumes
- Devem dar o banho ao bebé cerca de 30 minutos antes de amamentar, para evitar que bolse



# Hora do Banho

Recordemos então como se dá o banho ao bebé:



1. Passe o braço esquerdo pelas costas do bebé e prenda o braço com a sua mão, para que o pescoço do bebé fique apoiado no antebraço e, apoie as pernas com a outra mão para o colocar na banheira (faça o procedimento inverso caso a mão dominante seja a esquerda).

2. Mantenha o braço dominante a apoiar o pescoço e segurar o braço do bebé. Com a outra mão comece por lavar o rosto, os olhos, o nariz e as orelhas.

Lave sempre o rosto do bebé com água limpa, limpe sempre da parte mais limpa para a mais suja e não use cotonetes para lavar as orelhas.



3. De seguida, com produtos de pH neutro como referido anteriormente, lave o corpo e por fim, os membros.



4. Para lavar as costas e o rabinho, vire o bebé e segure-o com o braço não dominante como anteriormente. Assim consegue apoiar o rosto e o peito do bebé. Tenha cuidado para que o bebé não fique com a cabeça debaixo de água.

Para secar o bebé, use uma toalha turca, mas sem esfregar.

É muito importante secar bem as pregas do corpo para que não fiquem húmidas.

5. Por fim, aplique creme hidratante com uma massagem.



Salientamos que no caso de bebé prematuros, é também possível dar o banho com o bebé enrolado, tal como é possível observar neste vídeo: [Baby's first bath in NICU \(Swaddled\) - YouTube](#)

## Depois do Banho

Caso o vosso bebé ainda tenha coto umbilical, sequem com uma compressa junto à pele e depois próximo da mola.

### Sinais de Onfalite

Onfalite é a infeção da pele e tecidos moles do umbigo. Se o coto umbilical tiver cheiro, limpem com uma compressa esterilizada com álcool a 70° e depois sequem com uma compressa esterilizada seca. É importante que o coto umbilical fique sempre do lado de fora da fralda.

Podem limar ou cortar as unhas do bebé (cortem as unhas das mãos em curva e as unhas dos pés a direito). Caso o bebé se arranhe podem limar as unhas com uma lima de cartão ou tapar os dedos com as mangas.



## A Roupas do Bebê

A roupa em contacto com o bebé deverá ser de algodão e confortável. Evitem vestir roupa de lã com pelo.

Não se esqueçam de lavar sempre a roupa nova nem de cortar as etiquetas para prevenir irritações.

Existe uma tendência natural para vestir excessivamente o bebé, relacionada com a dificuldade de regulação térmica e fácil perda de calor.

Para evitar vestir excessivamente o bebé, podem vestir mais uma camada de roupa do que um adulto vestiria num ambiente semelhante.

Lavem a roupa do bebé separada da roupa dos restantes elementos do agregado familiar e usem produtos indicados para a lavagem da roupa de bebé.



# 5



## Sono e Repouso

### Como promover o descanso do bebê

Os recém-nascidos geralmente dormem grande parte do dia, entre as mamadas. No entanto, cada bebê desenvolverá o seu próprio padrão de sono e de vigília (estar acordado) e, que provavelmente, não coincidirá com o vosso padrão de sono.

É recomendável que nos primeiros 6 meses de vida o bebê durma no quarto dos pais e que a mãe (e também o pai, claro) aproveite para descansar ou mesmo dormir nos períodos em que o bebê também dorme. No entanto, é desaconselhável que o bebê durma na vossa cama pelo risco de asfixia e para evitar o Síndrome de Morte Súbita do Lactente, que iremos abordar mais a frente.

Se estiver a amamentar, é normal que nas primeiras semanas o bebê adormeça por curtos períodos enquanto está a mamar. Continue a dar de mamar até achar que ele já não quer mais ou estar mesmo a dormir.

Os recém-nascidos dormem ao longo do dia e da noite e pode ser benéfico para ele e também para os Pais, criarem uma rotina de preparação para dormir.

Gradualmente poderão ensinar ao bebê que o período noturno é diferente do período diurno, ou seja, que durante o dia deve estar mais ativo e que é o período certo para brincar, ao contrário do período noturno.

Durante o dia não se preocupem com o barulho “normal” das atividades do dia-a-dia e com a maior luminosidade, assim o bebê habituar-se-á a dormir durante as rotinas diurnas dos pais. Contudo, não aconselhamos a que tentem manter o vosso bebê acordado durante o dia, uma vez que não fará com que durma mais e/ou melhor durante a noite.



Para criar um padrão de sono noturno, algo que nos primeiros 3 meses é mais difícil, poderão implementar várias medidas:

- Criar um ambiente promotor de repouso: manter as luzes pouco intensas ou mesmo apagadas
- Manter um tom de voz mais baixo
- Tentar adormecer o bebê após a mama e ter mudado a fralda
- Não estimular o bebê
- Não mudar o bebê a não ser que seja necessário
- Dar o banho antes de adormecer o bebê, para que ele fique mais relaxado
- Deitar o bebê no berço. Pode deixá-lo ficar sonolento ao colo e deite-o no berço antes de ele adormecer
- Ligar a caixinha de música para o bebê adormecer

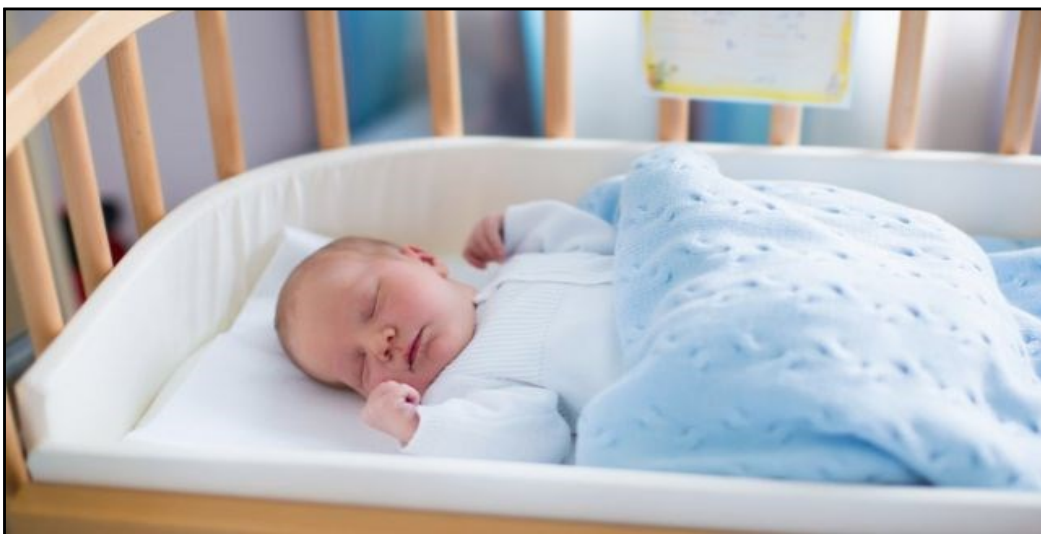


Assim, pouco a pouco o bebê irá aprender a diferença entre o dia e a noite e desenvolver um padrão de sono mais noturno. Mais tarde, quando o bebê já for mais crescido, poderão introduzir outras atividades antes de ir dormir, como por exemplo cantar para ele ou ler uma história.

## Como deitar o bebê para dormir

O bebê deve ser deitado de barriga para cima, com a cabeça lateralizada e com os braços fora dos lençóis. Deitar o bebê de barriga para baixo promove o desenvolvimento dos músculos do pescoço e das costas, no entanto não é aconselhável fazê-lo, a não ser que pelo menos um de vós esteja desperto e disponível para estar com o bebê.

O bebê deve dormir numa cama apropriada (berço ou cama de grades), sendo que se preferir a cama de grades, esta deve ter uma altura superior a 60 cm, uma distância entre grades inferior a 6 cm e um colchão duro.



Quando deitarem o bebê tenham em atenção que os pés devem ficar a tocar o fundo do berço (para evitar que escorregue) e que não o devem tapar com muitos lençóis (evitar que o bebê sufoque).

Além disso, assim evitam também o sobreaquecimento do bebê, que é prejudicial. Motivo pelo qual também devem evitar vestir-lhe um gorro em casa e adequar a roupa à estação do ano e temperatura do espaço onde se encontra ou para onde vão levar o bebê.



Os ambientes com fumo também são maus para o bebê, pelo que devem evitar a exposição. O uso de chupeta pode ser uma medida preventiva e de conforto, sobretudo durante os períodos de sono, porém, lembramos que não devem forçar a que o bebê fique com a chupeta se lhe causar desconforto ou rejeitar.

# Síndrome de Morte Súbita do Lactente

O SMSL consiste na morte súbita e sem explicação do bebê no primeiro ano de vida.

Embora não se saiba ao certo o poderá levar à morte inexplicável do bebê, existem fatores que podem aumentar o risco de acontecer, bem como medidas, que vão de encontro ao que já foi referido, e que podem implementar para prevenir que isso aconteça:

## Como prevenir o SMSL:

- Dormir de barriga para cima
- Usar um colchão duro
- Não ter almofadas, brinquedos, fraldas junto ao bebê
- Evitar que o bebê se enrole nos lençóis
- Não aquecer demais o bebê
- Não usar gorro em casa
- Dormir em berço, no quarto dos pais até aos 6 meses
- Não expor ao fumo do tabaco
- Temperatura ambiente 19 - 20 ° C

# 6

## Problemas do Quotidiano

### Eritema Tóxico

O eritema tóxico consiste numas manchas dispersas, vermelhas, com centro mais claro (por vezes com líquido), que aparecem no corpo do bebé.

Podem estar tranquilos porque é uma reacção normal e passa espontaneamente.

Podem dar o banho ao bebé normalmente. Tenham apenas atenção se as manchas têm líquido semelhante a pus, pois nesse caso deverão contactar o vosso médico.



# Cólicas

Ter cólicas é um dos problemas mais comuns desde os primeiros dias de vida do bebê e, apesar de não terem repercussões na sua saúde, causam desconforto e dor ao bebê e pode representar um desafio.

São mais frequentes à noite e os principais sinais de que o bebê tem cólicas são o choro súbito, incessante e que se pode prolongar por horas; e o desconforto do bebê, com costas arqueadas e as pernas fletidas sobre a barriga.

Embora não haja consenso relativamente à causa das cólicas, podem estar associadas à acumulação de gases no intestino devida à ingestão de ar durante a alimentação, ou um sistema nervoso ainda imaturo que torna o bebê mais sensível a qualquer pequeno estímulo sensorial.



## Como aliviar as cólicas do bebê

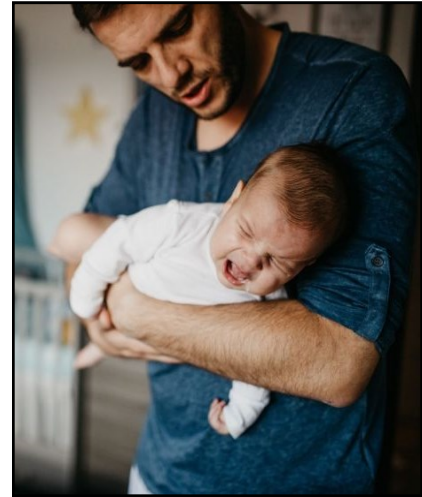
Massajar a região junto ao umbigo no sentido dos ponteiros do relógio, de modo a aliviar os espasmos e promover a passagem do ar nos intestinos.

Deitar o bebê de barriga para baixo, com um pano ou saco de água morna debaixo da barriga.

Colocar o bebé no vosso colo, de barriga para baixo, fazendo uma ligeira pressão sobre a barriga.

Dar banho ao bebé, uma vez que promove o seu relaxamento.

Falar, brincar com o bebé ou dar-lhe mimiños, são sempre boas alternativas para o(a) tranquilizar.



## Soluções

Os soluços são frequentes na maioria dos bebés e estão geralmente associados à imaturidade do sistema nervoso e consecutivo controlo do diafragma.

Para ajudar o bebé, podem dar-lhe a chupeta ou colocar o bebé na mama. Também é comum surgir após as mamadas por eventual ingestão de ar durante a mamada.

Poderão ter o bebé no vosso colo, falar um pouco com ele e confortá-lo caso esteja desconfortável.

## Obstrução Nasal

É frequente os bebés acumularem secreções nas vias aéreas, principalmente no nariz, que dificultam a respiração do bebé e promove o seu cansaço ao longo do dia, sobretudo durante a mamada, uma vez que requer um maior esforço. A acumulação de secreções no nariz designa-se “obstrução nasal”.

## Como prevenir e tratar a obstrução nasal

Os bebés não se conseguem assoar sozinhos, como tal, necessitam de ajuda a manter o nariz livre de secreções para conseguirem respirar bem e mamar sem dificuldade.

Para manterem limpo o nariz do bebé podem:

- Realizar lavagem nasal com instilação de soro fisiológico nas narinas antes das mamadas (amolece as secreções e promove a sua expulsão de forma suave



Aspirar as secreções com um aspirador nasal - método um pouco mais desconfortável para o bebé, mas que permite eliminar eficazmente o excesso de secreções acumuladas.

Assim previnem o risco de patologias mais graves associadas às bactérias e vírus presentes nas secreções, como sinusite, otites, bronquiolites...

## Obstipação

A obstipação ocorre frequentemente pela imaturidade e fraca motilidade intestinal do bebé.

Para promoverem a eliminação do vosso bebé, poderão realizar massagem abdominal e/ou estimulação com cânula.

Caso estas opções não resultem e o bebé não evacue há mais de 24h poderá realizar um pequeno clister (p.e. Bebegel®).



### Massagem Abdominal

Antes de começar é importante que o bebé esteja num ambiente ameno e que retirem anéis, pulseiras ou outros objetos que possam magoar o bebé.

Evitem fazer massagem abdominal se o bebé foi alimentado há menos de 2h ou se estiver doente.



A massagem abdominal deve ser feita com um óleo natural, sem perfume (p.e. óleo de amêndoas doces).

Comecem com movimentos lentos e ritmados no sentido dos ponteiros do relógio, que permitem tonificar os músculos, diminuir a tensão abdominal (aliviando a dor e desconforto) e promover o trânsito intestinal.

Alternem entre movimento circulares completos com uma mão e movimentos em semicírculo com a outra mão.

Além dos movimentos manuais circulares, podem segurar as pernas do bebê pelos tornozelos, fletir as pernas e pressioná-las suavemente em direção à barriga durante aproximadamente 5 segundos.

Repitam este processo algumas vezes, alternadamente com os movimentos já descritos.

Podem também repetir o passo anterior, mas com uma perna de cada vez, como se o bebê estivesse a andar de bicicleta.



## Outros problemas comuns

O aumento do volume mamário é comum no recém-nascido e desaparece espontaneamente nos primeiros meses de vida sem necessidade de tratamento/ intervenção.

É normal as meninas apresentarem fluído vaginal de cor branca ou mesmo sanguinolento, que desaparece em alguns dias.



A mancha mongólica também é comum no recém-nascido. Surge nas nádegas ou região lombar, mas ao final do primeiro ano de vida já está mais ténue e continuará a desaparecer até aos 5 anos.

A regurgitação, ou seja, bolçar é comum na maioria dos bebés. Porém se o bebé bolçar muito frequentemente e em grande quantidade, deverá recorrer ao médico de família.

É comum o surgimento de umas pápulas pequeninas, brancas ou amareladas, no nariz, queixo e bochechas. Chamam-se mília, não causam dor ou desconforto e desaparecem espontaneamente durante os primeiros meses de vida.



# 7

## Segurança e Prevenção de Acidentes



Os acidentes com o bebé no primeiro de vida são muito frequentes e podem trazer consequências graves, pelo que é muito importante que saibam como preveni-los.

Devem assegurar que o bebé se desenvolve e explora num ambiente seguro e promotor do desenvolvimento. Como tal, é da vossa responsabilidade assegurar a vigilância e adoção de medidas de segurança.



## Segurança no Transporte

Desde a saída da UCIN e sempre que queiram transportar o vosso bebé, é muito importante que o façam em segurança.

Para tal, no carro, devem transportar o bebé numa cadeira própria, voltada de costas para o trânsito (até aos 3-4 anos de idade), corretamente instalada e fixa com os cintos de segurança ou numa base ISOFIX, de preferência nos lugares de trás e com os airbags frontais do carro desligados.



Se quiserem observar o bebé a partir do lugar do condutor, poderão adquirir um espelho e instalá-lo na parte de trás do veículo. Devem garantir que a cadeirinha é de fácil transporte e instalação e que está aprovada pelas normas internacionais, tendo a etiqueta “E”, que significa que a cadeira cumpriu os critérios de segurança para o transporte da criança.

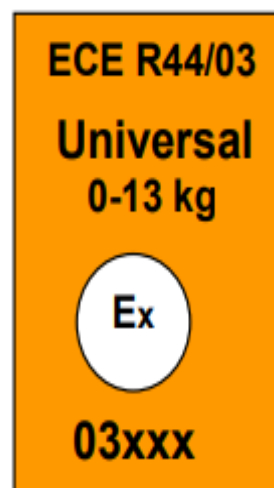


No caso de bebés prematuros ou muito pequenos, é muito importante o uso de um redutor adequado e eventualmente mantinhas, para assegurar a sua segurança e o seu posicionamento no ovo.

Coloquem sempre o bebé em segurança mesmo que a viagem seja de breves minutos e não o deixem na cadeirinha por mais de 2 horas.

## Indicações para o Transporte do Bebé

GRUPO	PESO	Idade	Posição da Cadeira	Lugar no automóvel
0	Até 10 kg	Até 1 ano	VT	BT ou BF*
0+	=<13 kg	Até 18-24 meses	VT	BT ou BF*
I	9-18 kg		VT ou VF	
II	15-25		VF	BT
III	22-36		VF	BT
0+/I	Até 18 kg		VT ou VF	BF ou BT
VT- Voltada para trás		BF – Banco da frente (* se não tiver <i>airbag</i> )		
VF- Voltada para a frente		BT – Banco de trás		



Para se informarem sobre a avaliação da segurança da cadeira que escolheram para transportar o vosso bebé, procurem os resultados dos testes de segurança efetuados, como por exemplo nos seguintes sites:

- <https://www.bebeseguro.pt/resultados-testes-adac>
- <https://www.deco.proteste.pt/auto/cadeiras-auto>

# Prevenção de Acidentes Dentro de Casa

## Quedas

Nunca deixem o vosso bebé sozinho em cima da mesa, muda fraldas, cama, sofá... sem proteções. A qualquer momento o bebé poderá mexer-se e cair.

Além disso, não devem colocar a cadeira de transporte em cima de mesas ou bancadas, mas sim em locais seguros. Evitem também adormecer com o bebé ao colo, quer seja no sofá ou na cama porque o bebé pode escorregar e cair.

Se têm escadas em casa, considerem colocar uma barreira de segurança junto às escadas para impedir que um dia mais tarde o bebé caia.



## Afogamento

Nunca deixem o vosso bebé sozinho no banho/ piscina. Os bebés têm a cabeça grande em proporção ao resto do corpo e deixá-los sozinhos na banheira ou piscina por breves momentos poderá ser o suficiente para que se afoguem.

## Queimaduras

Evitem as queimaduras do bebé verificando a temperatura da água do banho e do leite no biberão. Devem também manter fora do alcance os líquidos (água quente, chá...) e/ou objetos a altas temperaturas.



## **Asfixia**

Não dêem ao bebê brinquedos com pilhas e/ ou com peças pequenas que ele possa inadvertidamente engolir ou inspirar.

Os brinquedos deverão ser de grandes dimensões, ou seja, superiores a 32 mm de diâmetro.

## **Infeções respiratórias**

Se um de vós estiver constipado, use máscara e lave sempre as mãos antes e depois de contactar com o bebê. Evite dar-lhe beijinhos... por mais difícil que seja!

Para evitar este tipo de infeções deverão também promover o aleitamento materno, evitar o contacto do bebê com pessoas que estejam constipadas e lavar os brinquedos do bebê com frequência, sobretudo se estes forem partilhados com irmãos.

## **Ferimentos e Envenenamento**



Um dia mais tarde, quando o vosso bebê gatinhar ou andar, será muito importante que as tomadas elétricas e cantos (mesas, secretárias...) à altura do bebê estejam protegidos para evitar o bebê se magoe.

Devem também guardar fora do alcance da criança todo o tipo de produtos de higiene e de roupa, que poderá inadvertidamente ingerir.

## Prevenção de Acidentes Fora de Casa

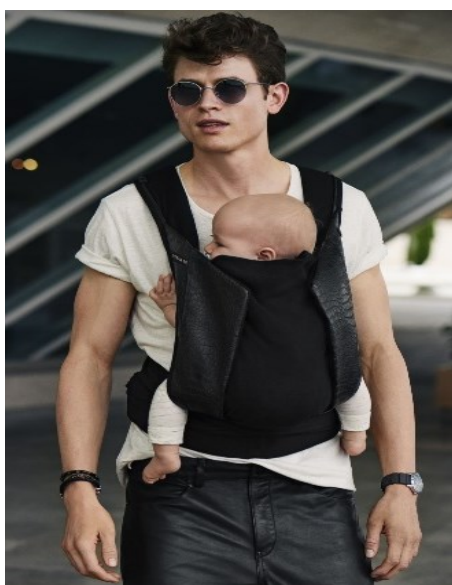
Se forem às compras, levem o bebê no carrinho de bebê. Quando for mais crescido poderão também sentá-lo no espaço adequado às crianças que há nos carrinhos das compras. Nunca o deixem sem supervisão.

Se quiserem ir passear com o bebê, deverão, tal como nas compras, levá-lo no carrinho de bebê, tendo em atenção que o devem proteger do frio, calor intenso, chuva e vento.



Evitem ir a locais públicos fechados, com muitas pessoas, locais onde exista presença de fumos e/ ou com muito ruído.

Se estiverem em locais fechados, optem por usar o elevador, de preferência sem outras pessoas que não estejam a acompanhar o bebê. Se tiverem que usar as escadas (rolantes ou não), peguem no bebê ao colo para subir/ descer as escadas. Evitem subir e descer escadas com o bebê dentro do carrinho.



Podem também transportar o bebê num porta-bebés ou marsúpio, porém devem assegurar-se que optam pela opção mais segura e ergonómica quer para o bebê, quer para vocês.

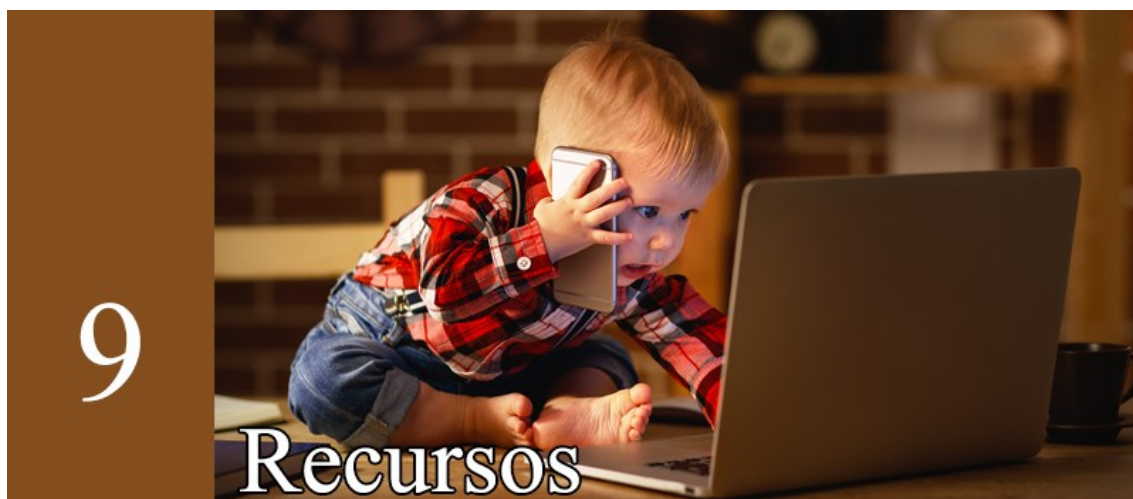
Nestes casos, devem ter ainda maior atenção para evitar quedas.



Caso o bebé esteja a ficar doente poderá apresentar um ou mais dos seguintes sintomas:

- Recusa ou desinteresse em alimentar-se
- Dificuldade respiratória e/ou cansaço fácil
- Agitação, irritabilidade, gemido ou prostração
- Icterícia generalizada
- Palidez acentuada e tom acinzentado
- Manchas na pele tipo picada de alfinete que não desaparecem após pressionar com o dedo, ou nódos negros de aparecimento súbito e agravamento progressivo
- Febre (temperatura retal acima dos 38°)
- Vómitos ou fezes líquidas ou com sangue
- Convulsões

Caso o bebé apresente um ou mais destes sintomas ou achem que ele não está bem, aconselhamos a ligar para a saúde 24 ou recorrer ao vosso centro de saúde, médico ou serviço de urgência.



Caso necessitem de alguma informação ou apoio, estes são alguns recursos a que pode recorrer:

Associação Grupo Gémeos –

[www.apfn.com.pt/Boletim/3/associacao\\_gemeos.htm](http://www.apfn.com.pt/Boletim/3/associacao_gemeos.htm)

Associação Portuguesa de Massagem Infantil - <https://apmi.org.pt/>

Associação para a Promoção da Saúde Infantil - [www.apsi.org.pt](http://www.apsi.org.pt)

Centro de informação Antivenenos - 808 250 143

Direção Geral da Saúde - [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Doenças Raras - [www.rarissimas.pt](http://www.rarissimas.pt)

Manual do Aleitamento Materno - <https://unicef.pt/media/1584/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Nascer Prematuro - [www.nascerprematuro.org](http://www.nascerprematuro.org)

Saúde 24 - 808 24 24 24

SNS 24 - <https://www.sns24.gov.pt/>

Sociedade Portuguesa de Pediatria - [www.spp.pt](http://www.spp.pt)

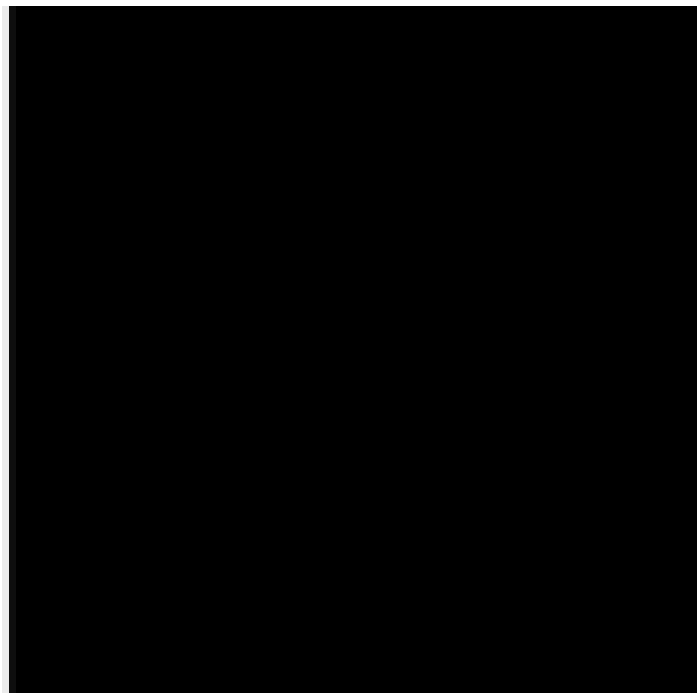
Sociedade Portuguesa de Neonatologia -  
<https://www.spneonatologia.pt/>

SOS Amamentação - [www.sosamentacao.org.pt](http://www.sosamentacao.org.pt)

XXS - Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro -  
[www.xxs-prematureros.com](http://www.xxs-prematureros.com)

Esperamos que este livrinho vos tenha ajudado.

Deixamos em baixo o QR Code para fazer scan com o seu telemóvel e poder levá-lo para qualquer lado num dispositivo eletrónico, seja o seu telemóvel, tablet...

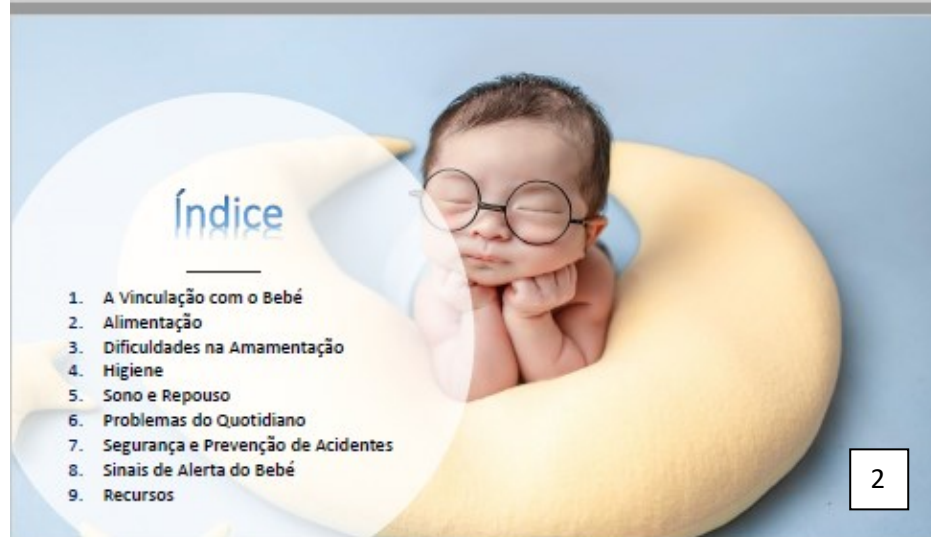


Desejamos-lhe as maiores felicidades,

A Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados  
Intensivos Neonatais

APÊNDICE XII – Sessão Formativa “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido”





## O Papel do Pai

• O pai além de poder interagir e desenvolver o seu processo vincutivo com o bebê, tem também a possibilidade de dar apoio à mãe e promover o seu descanso.

• Promoção de uma relação harmoniosa enquanto casal e promoção da vinculação com o bebê



5

## Aleitamento Materno

Está preconizado o aleitamento materno exclusivo para o bebê até aos 6 meses

### Vantagens do aleitamento materno para o bebê

- É de fácil digestão e tem a quantidade necessária de água
- Contém fatores de crescimento, anticorpos e glóbulos brancos, importantes para o crescimento e sistema imunitário do bebê
- Tem um efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente às específicas para a proteína do leite de vaca
- Ajuda na prevenção de doenças, como a diabetes, hipertensão arterial e diminui o risco de obesidade
- Promove uma melhor adaptação do bebê a outros alimentos quando iniciar a diversificação alimentar
- Promove a vinculação positiva com o bebê

7



2

Alimentação

6

### Vantagens do aleitamento materno para a mãe

- Promove uma involução uterina mais precoce
- Menor probabilidade de cancro da mama
- Prazer de amamentar
- Protege a mãe de uma nova gravidez, no entanto não impede inteiramente que a mãe eventualmente engravide
- Promove a vinculação com o bebê



8





É importante que nesta fase da vida do bebé mame em horário livre. Pelo menos no primeiro mês de vida, o período entre mamadas não deverá ser superior a 3 horas

Quando o bebé começa a mamar, o leite inicial é essencialmente água e lactose, e apenas com o decorrer da mamada começa a ser mais rico em gordura.

É importante que a mãe deixe o bebé esvaziar bem uma mama antes de iniciar a mamada na outra.

9



**Como se processa o aleitamento materno?**

Quando o bebé mama, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. Em resposta, o cérebro segrega duas hormonas designadas prolactina e ocitocina.

**Reflexo da prolactina**

- A prolactina é a hormona responsável pela produção de leite materno
- É produzida em maior quantidade durante a noite, ajudando na tarefa da amamentação noturna
- Os níveis elevados de prolactina inibem a ovulação.

10



**Reflexo da ocitocina ou reflexo de “descida”**

- Ajuda a mãe na recuperação física
- Responsável pela contração das células mamárias, promovendo a saída do leite.
- Começa a ser segregada ainda antes da mamada, graças à preparação mental da mãe para amamentar



11



**Boa pega x Má pega**



Boa Pega	Má Pega
Boca bem aberta	O queixo do bebé não toca na mama
Bochechas arredondadas	A boca do bebé não está bem aberta e não apunha a maior parte da areola e dos tecidos que estão sob ela
Lábio inferior virado para fora	O bebé não consegue “esticar” o tecido da mama para fora a fim de formar um longo bico
Queixo encostado à mama e nariz afistado	O bebé mama apenas ao mamilo
Mais areola visível acima da boca do bebé do que abaixo	Pode-se ver a mesma quantidade de areola abaixo da boca do bebé

12



### Cuidados com a alimentação enquanto amamenta

- Adotar uma alimentação variada, com pouca gordura e rica em fruta e verduras
- Beber 1,5 - 2 litros de água por dia
- Não beber bebidas alcoólicas
- Evitar café, chá e outras bebidas que possam ser estimulantes
- Consultar o médico para confirmar se a medicação que a mãe toma é compatível com a amamentação

13



### Posicionamento da Mãe e do Bebê

#### Posição do bebe enquanto mama

- Manter o corpo alinhado: orelha, ombro e anca do bebê devem formar uma linha reta e virado para a mãe, junto ao seu corpo, para que não seja lateralizar a cabeça
- O bebê deverá ter todo o corpo apoiado
- Na aproximação à mama, facilita se o bebê vier de baixo para cima, com o rosto de frente para a mama e o nariz ao nível do mamilo

15



### Posicionamento da Mãe e do Bebê

#### Posição da mãe enquanto durante a amamentação

- Manter as costas apoiadas
- Pés apoiados, caso esteja sentada
- Apoio das mamas se necessário, por exemplo com a mão que está livre
- A mão que segura a mama deve ser colocada em "C" e não em pinça

14

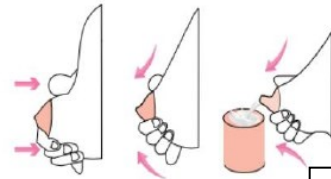


16



### Extração do Leite Materno

#### Extração manual do leite materno



17



### Extração do Leite Materno

#### Extração do leite por bomba elétrica



19



### Extração do Leite Materno

#### Dicas para extrair o leite materno

- Quando o leite gotejar menos, experimente rodar a posição da mão e extrair o leite de outra área da mama
- Alternar a mama da qual extrai o leite
- Alternar a hora do dia em que extrai o leite
- Extrair durante a noite promove a produção de leite

18



### Conservação do Leite Materno



20



Conservação do Leite Materno	
Leite Recém extraído	Tempo máximo
À temperatura ambiente	6 - 8 h
Leite Refrigerado	Tempo máximo
Fundo da prateleira (0 - 4º C)	8 dias
Fundo da prateleira (4 - 10º C)	3 dias
Leite Congelado	Tempo máximo
Temperatura inferior a -20º C	6 meses
Temperatura superior a -20º C	2 - 3 semanas
Descongelação do Leite	Tempo máximo
Descongelação fora do frigorífico	Consumir de imediato
Descongelação dentro do frigorífico	Até 48 horas

21



### Aleitamento materno e COVID-19

- Lavar as durante, pelo menos 20 segundos, sempre antes e depois de cada mamada
- Usar máscara durante a amamentação
- Limpar e desinfetar o material e superfícies usadas frequentemente
- Se estiver doente, evite dar mama ao bebé e opte pela extração do leite materno

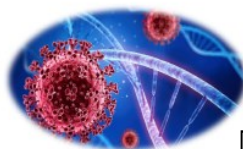
23



### Aleitamento materno e COVID-19

Não há estudos que demonstrem que o vírus possa ser transmitido por mães com COVID-19 através do aleitamento materno.

O principal risco é o contacto próximo entre a mãe e o bebé



22

### Aleitamento Artificial

- 1 Prepare uma área limpa e lava as mãos
- 2 Ferva a água
- 3 Deixa a água arrefecer e deite no biberão
- 4 Adicione a quantidade exata de leite em pó
- 5 Agite bem o biberão
- 6 Arrefeça a temperatura do leite
- 7 Seque o biberão
- 8 Verifique se está na temperatura adequada

24

**Limpeza e Esterilização**

25

**Principais Complicações**

- Ingurgitamento mamário
- Mamilos gretados/ fissuras mamilares
- Candidíase mamária/ mamilar
- Ducto entupido
- Mastite

27

**3**

**Dificuldades na Amamentação**

26

**Ingurgitamento Mamário**

Início da fase secretória do leite materno

A mama pode ficar tensa, quente e dolorosa e pode também desencadear pico febril.

Como prevenir?

- Iniciar a amamentação logo após o parto
- Assegurar que o bebê tem uma boa pega na mama
- Dar de mamar em horário livre
- Não oferecer ao bebê leite artificial a não ser que recomendado
- Extração do leite materno com bomba manual ou elétrica

28



### Mama cheia ou ingurgitada?

Mama cheia	Mama ingurgitada
Quente	Tem dor moderada a forte
Pesada	Edemaciada (inchada)
Endurecida	Tensa, brilhante, avermelhada e com o mamilo apagado
Leite a gotejar	Pode não gotejar leite
Sem febre	Pode ter febre mais de 24h

29



### Como Prevenir

- Assegurar que o bebê tem uma boa pega
- Lavar os mamilos apenas uma vez por dia, no decorrer da higiene. Evite produtos potencialmente irritativos
- Aplicar após o banho e cada mamada, 2 a 3 gotas de leite materno no mamilo e aréola e/ou pomada cicatrizante
- Se sente dor durante a mamada, deve interromper e colocar novamente o bebê a mamar, tentando assegurar uma boa pega.
- Não interromper a mamada, deixar que seja o bebê a fazê-lo OU colocar suavemente um dedo na boca do bebê de modo a interromper a sucção
- Deixar os mamilos secar após as mamadas
- Evitar a utilização de discos absorventes impermeáveis

31



### Fissuras Mamilares

Ao longo do período de amamentação, o mamilo pode ficar dorido e com fissuras, tornando a amamentação dolorosa

A principal causa é a pega incorreta do bebê e o mau posicionamento em relação à mama



A dor costuma ser mais intensa quando o bebê começa a mamar, diminui ao longo da mamada e eventualmente desaparece quando o bebê deixa a mama.

30



### Tratamento

- Iniciar a amamentação pela mama menos afetada
- Continuar a aplicar as gotas de leite materno no mamilo e aréola
- Aplicar discos de hidrogel, compressas quentes
- Analgesia
- Aplicação de antibióticos tópicos como a Bacitracina ou Mupirocina

32



**Candidíase Mamária/ Mamilar**

É a infecção causada pelo fungo *Candida albicans*, que está presente na pele, mas que por alterações na imunidade, ocorreu a sua proliferação.

Pode causar diversos sintomas:

- Dor na mama desproporcional à sua aparência
- Sensação de queimadura com irradiação para dentro da mama
- Dor permanece ou começa após a mamada
- História de candidíase oral ou do perineo do bebê, ou vaginal da mãe aquando do parto
- Mamilo cor-de-rosa, brilhante e descamativo, mas mama sem sinais inflamatórios
- Dor na mama quando outras causas já foram excluídas

Para iniciar o tratamento, deverá dirigir-se ao seu médico de família ou dermatologista.

33



**Tratamento**

- Tentar que o bebê tenha uma boa pega na mama
- Aumentar o número de mamadas na mama afetada
- Extrair manualmente o leite após as mamadas, caso a mama não tenha esvaziado completamente
- Se apresentar uma “bolha do leite”, friccionar a zona com uma toalha após o banho e colocar de seguida o bebê a mamar

35



**Ducto Entupido**

Concentração de na mama, atrás de um bloqueio nos canais

Pode provocar desconforto, levando à formação de um nódulo

Este nódulo pode estar associado a um ponto branco no mamilo, chamado de “bolha de leite”

Ocorre em situações em que a pega é incorreta, a mãe usa roupa apertada (soutien), houve diminuição do número de mamadas, trauma da mama ou, ingurgitamento mamário



34



**Mastite**

Inflamação da mama, associada à estase do leite materno na mama

Pode ser classificada como infecciosa ou não infecciosa

Em ambos os casos a mama apresenta rubor, edema e dor

Na mastite não infecciosa os sintomas passam em 24 horas, o que não acontece na mastite infecciosa dado que os sintomas agravam progressivamente

A origem é multifatorial

36



### Como Prevenir

- Prevenir (e/ou tratar) o ingurgitamento mamário e fissuras mamilares
- Evitar a compressão excessiva da mama com os dedos durante a amamentação
- Evitar roupas apertadas

37



### Tratamento

Continuar a amamentar, começando pela mama não afetada

Massajar a área afetada da mama durante a mamada, para direcionar o leite para o mamilo

Após a mamada, extrair o leite materno da mama afetada, quer manualmente ou com recurso a bomba

Aplicar compressas frias após as mamadas

Hidratação oral

Repouso

Consultar o médico de família ou equipa de enfermagem do centro de saúde ou da UCN



38



39

### Preparação do Banho

É um momento muito importante no qual além de ser essencial para prevenir eventuais infeções, os pais têm também a oportunidade de promover a vinculação

- Preparar previamente tudo o que necessita (produtos de higiene, toalha, fralda, acessórios, roupinha...)
- Apoiar a banheira numa superfície plana junto de tudo o que precisa
- Manter uma temperatura amena na divisão onde irá dar o banho ao bebé
- Assegure-se de que a temperatura da água está agradável para o bebé
- Deitar primeiro a água fria na banheira e só depois a água quente até atingir a temperatura que pretende, até cerca de 10 cm de altura
- Usar produtos com pH neutro, de preferência sem perfumes
- Dar o banho ao bebé cerca de 30 minutos antes de amamentar, para evitar que borse



40

## Hora do Banho



## Depois do Banho

Caso o bebé ainda tenha coto umbilical deve-se secar com uma compressa junto à pele e depois próximo da mola.

Limpar com uma compressa esterilizada com álcool a 70° e depois secar com uma compressa esterilizada seca.

É importante que o coto umbilical fique sempre do lado de fora da fralda.

Pode-se limar ou cortar as unhas do bebé (corte as unhas das mãos em curva e as unhas dos pés a direito).



## A Roupagem do Bebê

A roupa em contacto com o bebé deve ser de algodão e confortável e deve-se evitar vestir roupa de lã com pelo.

Lavar sempre a roupa nova e cortar as etiquetas

Evitar vestir excessivamente o bebé para evitar o seu sobreaquecimento

Lavar a roupa do bebé separada da roupa dos restantes elementos do agregado familiar e use produtos adequados a roupa de bebé.



5

Sono e Repouso

44

### Promoção do Descanso



Nos primeiros 6 meses de vida, o bebê deve dormir no mesmo quarto que os pais. No entanto, evitar que durma na mesma cama

Aproveitar para descansar ou mesmo dormir nos períodos em que o bebê também dorme

Gradualmente mostrar ao bebê que durante o dia deverá estar mais ativo e que é período certo para brincar ao contrário do período noturno.

Realizar as atividades cotidianas sem se preocupar com o barulho e com a maior luminosidade

45

### Como Deitar o Bebê



O bebê deve ser deitado em decúbito dorsal, com a cabeça lateralizada e com os braços fora dos lençóis

Deitar o bebê em decúbito ventral promove o desenvolvimento da musculatura cervical e dorsal, no entanto não é aconselhável fazê-lo, a não ser que os pais possam estar atentos ao bebê

O bebê deve dormir num berço ou cama de grades, sendo a cama de grades deve ter uma altura superior a 60 cm e uma distância entre grades inferior a 6 cm

O colchão deve ser duro



47

### Ambiente Promotor de Descanso



Manter as luzes pouco intensas ou mesmo apagadas

Manter um tom de voz mais baixo

Tentar adormecer o bebê após a mama e ter mudado a fralda

Não estimular o bebê e não o mudar, a não ser que seja necessário

Dar o banho antes de adormecer o bebê, para que ele fique mais relaxado

Deitar o bebê no berço. Pode deixar ele ficar sonolento ao colo e deite-o no berço antes de ele adormecer

Ligar a caixinha de música

46

### Como Deitar o Bebê



Os pés devem ficar a tocar o fundo do berço e não ser deve e tapar com muitos lençóis

Evitar vestir um gorro ao bebê dentro de casa

Usar chupeta para diminuir o risco de SMSL

Evitar ambientes com fumo



48



**Síndrome de Morte Súbita do Lactente**

Como prevenir o SMSL:

- Dormir de barriga para cima
- Usar um colchão duro
- Não ter almofadas, brinquedos, fraldas junto ao bebê
- Evitar que o bebê se enrolle nos lençóis
- Não aquecer demais o bebê
- Não usar gorro em casa
- Dormir em berço, no quarto dos pais até aos 6 meses
- Não expor ao fumo do tabaco
- Temperatura ambiente 19 - 20 ° C

49

**Eritema Tóxico**

Erupção papular rósea que pode conter exsudado

Desaparece espontaneamente

Pode-se dar o banho ao bebê normalmente.

Ter atenção se as pápulas apresentam exsudado purulento, pois nesse caso dever-se-á contactar o médico




51

6

**Problemas do Quotidiano**



50

**Cólicas**

Mais frequentes à noite

Manifestadas por choro súbito e incessante e, desconforto do bebê

Podem estar associadas à acumulação de gases no intestino ou ao sistema nervoso ainda imaturo




52

### Como Aliviar as Cólicas

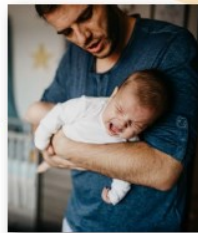
Massajar a região junto ao umbigo no sentido dos ponteiros do relógio

Deitar o bebê de barriga para baixo, com um pano ou saco de água morna debaixo da barriga

Colocar o bebê no seu colo, de barriga para baixo, fazendo uma ligeira pressão sobre a barriga

Dar banho ao bebê, uma vez que promover o seu relaxamento

Falar, brincar com o bebê ou dar-lhe mimosos, são sempre boas alternativas para o(a) tranquilizar



53



### Soluções

Estão geralmente associados à imaturidade do sistema nervoso e consecutivo controlo do diafragma

Para o ajudar pode-se dar a chupeta ou dar de mamar. Também é comum surgir após as mamadas por eventual ingestão de ar durante a mamada.

Poderá estar com o bebê ao colo, falar um pouco com ele e confortá-lo caso esteja desconfortável

54



### Obstrução Nasal

Acumulação de secreções nas vias aéreas

Dificultam a respiração do bebê e promovem o seu cansaço ao longo do dia

Maior dificuldade nas mamadas

### Desobstrução das vias aéreas

- Lavagem nasal com soro fisiológico
- Aspiração de secreções

55



### Obstipação

Imaturidade e fraca motilidade intestinal do bebê

Deve-se promover a eliminação através da massagem abdominal ou estimulação rectal

Caso não evacue há mais de 24h poderá fazer um pequeno clister (p.e. bebégel®)



56



### Outros Problemas Comuns

O aumento do volume mamário é comum e desaparece espontaneamente nos primeiros meses de vida

É normal no sexo feminino apresentar fluido vaginal esbranquiçado ou mesmo sanguinolento, que desaparece em alguns dias

A mancha mongólica também é comum no recém-nascido e geralmente desaparece espontaneamente até aos 5 anos

A regurgitação é comum, porém se o bebé regurgita muito frequentemente e em grande quantidade, deverá recorrer ao médico de família.

Milia é o comum surgimento de pápulas brancas ou amareladas, no nariz, queixo e bochechas. Não causam dor ou desconforto e desaparecem espontaneamente durante os primeiros meses de vida



57

### Segurança no Transporte

Transportar o bebé numa cadeira própria, voltada de costas para o trânsito

Corretamente instalada e fixa com os cintos de segurança ou numa base ISOFIX

Preferencialmente nos lugares de trás e com os airbags frontais do carro desligados

Colocar sempre o bebé em segurança mesmo para uma breve viagem e não deixe o seu bebé na cadeirinha por mais de 2 horas



59



### Segurança e Prevenção de Acidentes

58

### Indicações de Transporte

GRUPO	PESO	Idade	Posição da Cadeira	Lugar no automóvel
0	Até 10 kg	Até 1 ano	VT	BT ou BF*
0+	≈13 kg	Até 18-24 meses	VT	BT ou BF*
I	9-18 kg		VT ou VF	
II	15-25		VF	BT
III	22-36		VF	BT
0+II	Até 18 kg		VT ou VF	BF ou BT

VT- Voltada para trás      BF – Banco da frente (\* se não tiver airbag)  
VF- Voltada para a frente      BT – Banco de trás



<https://www.bebeseguro.pt/resultados-testes-adac>  
<https://www.deco.proteste.pt/auto/cadeiras-auto>



60

## Prevenção de Acidentes Dentro de Casa

### Quedas

Nunca deixar o bebé sozinho em cima da mesa, muda fraldas, cama, sofá... sem proteções

Não colocar a cadeira de transporte em cima de mesas ou bancadas

Considerar colocar uma barreira de segurança se tiver escadas em casa

Evitar adormecer com o bebé ao colo



61



### Afogamento

Nunca deixe o seu bebé sozinho no banho/ piscina, mesmo que apenas por breves momentos

### Queimaduras

Verificar a temperatura da água do banho e do leite no biberão.

Manter fora do alcance os líquidos (água quente, chá...) e/ou objetos a altas temperaturas afastados da criança



62



### Asfixia

Não dar brinquedos com pilhas e/ ou com peças pequenas. Devem ser de grandes dimensões, ou seja, superiores a 32 mm de diâmetro.

### Ferimentos e Envenenamento

Proteger as tomadas elétricas e cantos (mesas, secretárias...) à altura para evitar que se magoe.

Guardartodo o tipo de produtos de higiene e de roupa fora do alcance da criança, que poderá inadvertidamente ingerir.

63



### Infeções Respiratórias

Se a mãe/ pai estiver constipada (o), usar usar máscara e lavar sempre as mãos antes e depois de contactar com o bebé. Evitar dar-lhe beijinhos... por mais difícil que seja!

Promover o aleitamento materno

Evitar o contacto do bebé com pessoas que estejam constipadas

Lavar os brinquedos do bebé com frequência, sobretudo se estes forem partilhados com irmãos.

64



### Engasgamento

Importante manter a calma.

Colocar o bebê de barriga para baixo sobre o antebraço, com a cabeça inclinada para baixo e dar duas a cinco pancadas com a outra mão em concha, entre as omoplatas.

Se o bebê não começar a chorar, verifique se está a respirar e se não for o caso, repita esta manobra.

Caso não consiga resolver a situação deverá pedir ajuda e deslocar-se para o serviço de urgência mais próximo ou ligar o 112.



65



### Prevenção de Acidentes Fora de Casa



Em locais fechados, optar por usar o elevador, de preferência sem outras pessoas que não estejam a acompanhar o bebê

Se tiver que usar as escadas (rolantes ou não), pegue no bebê ao colo para subir/ descer as escadas. Evite subir e descer escadas com o bebê dentro do carrinho

Poderá também transportar o bebê num porta-bebês ou marsúpio. Nestes casos terá de ter maior atenção para evitar que quedas.

67



### Prevenção de Acidentes Fora de Casa

Se for às compras ou passear com o bebê, levá-lo no carrinho de bebê. Nunca o deixe sem supervisão.

Proteger do frio, calor intenso, chuva e vento.

Evitar ir a locais públicos fechados, com muitas pessoas, locais onde exista presença de fúmos e/ ou com muito ruído.



66



8

Sinais de Alerta

68





Recusa ou desinteresse em alimentar-se	Dificuldade respiratória e/ou cansaço fácil	Agitação irritabilidade, gemido ou prostração
Icterícia generalizada	Palidez acentuada e tom acinzentado	Equimoses de aparecimento súbito e agravamento progressivo
Febre (temp. retal > 38º)	Vómitos ou fezes líquidas ou com sangue	Convulsões

69



Associação Grupo Gémeos – [www.apfn.com.pt/Boletim/3/associacao\\_gemeos.htm](http://www.apfn.com.pt/Boletim/3/associacao_gemeos.htm)

Associação Portuguesa de Massagem Infantil - <https://apmi.org.pt/>

Associação para a Promoção da Saúde Infantil - [www.apsi.org.pt](http://www.apsi.org.pt)

Centro de informação Antivenenos - 808 250 143

Direção Geral da Saúde - [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Doenças Raras - [www.rarissimas.pt](http://www.rarissimas.pt)

Manual do Aleitamento Materno - <https://unicef.pt/media/1584/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Nascer Prematuro - [www.nascerprematuro.org](http://www.nascerprematuro.org)

Saúde 24 - 808 24 24 24

71



9

Recursos

70



SNS 24 - <https://www.sns24.gov.pt/>

Sociedade Portuguesa de Pediatria - [www.spp.pt](http://www.spp.pt)

Sociedade Portuguesa de Neonatologia - <https://www.spneonatologia.pt/>

SOS Amamentação - [www.sosamentacao.org.pt](http://www.sosamentacao.org.pt)

XXS - Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê PREMATURO - [www.xxs-prematuros.com](http://www.xxs-prematuros.com)

72

## Bibliografia

- <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-pais/>
- A Presença dos Pais nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (Sociedade Portuguesa de Neonatologia) - <https://www.sneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/A-presen%C3%A7a-dos-pais-nas-UCINs.pdf>
- Ferreira, F.; Pinho, P. (2009). Psicálise e Teoria da Vinculação. (Trabalho realizado no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal)
- <https://www.medela.pt/amaamentacao/jornada-da-mae/regresso-ao-trabalho-apos-a-licenca-de-maternidade>
- <https://www.medela.pt/amaamentacao/jornada-da-mae/extracao-de-leite-no-trabalho>
- Folheto "Extracção e Conservação de Leite Materno" (DGS, 2009) - [http://www.chrvcv.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/34/2019/10/Extracao\\_e\\_Conservacao\\_de\\_Leite\\_Materno.pdf](http://www.chrvcv.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/34/2019/10/Extracao_e_Conservacao_de_Leite_Materno.pdf)
- Manual Completo para Pais de Bebés Prematuros (Sociedade Portuguesa de Neonatologia) - <https://www.sneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>
- Boas Práticas em Aleitamento Materno (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2019) <https://www.apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Aleitamento-Materno.pdf>
- <https://nutrimento.pt/noticias/aleitamento-materno-e-covid-19/>
- <https://www.bebitus.pt/guia/bebe/emvoal-para-bebes/como-limpar-corretamente-a-chupeta.html>
- <https://www.nusaude.com/candidiase-na-mama/>
- <https://www.cuf.pt/mais-saude/fudo-o-que-precisa-de-saber-sobre-higiene-do-seu-bebe>
- <https://www.cuf.pt/mais-saude/fudo-o-que-deve-saber-sobre-o-banho-do-bebe>
- [https://portal-chj.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/192/Cuidados\\_ao\\_RN.pdf](https://portal-chj.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/192/Cuidados_ao_RN.pdf)
- <https://www.nhs.uk/conditions/baby/caring-for-a-newborn/helping-your-baby-to-sleep/>
- <https://www.cuf.pt/mais-saude/o-sono-do-bebe>
- <https://www.maisabracos.com.br/meu-bebe/6-12-meses-do-bebe/dicas-seguranca-bebe-fora-de-casa.html>



APÊNDICE XIII – Plano de Sessão Formativa “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido”





# Plano de Sessão

**Apresentação:** Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido

**Tema da Sessão:** Cuidados ao Recém-Nascido após alta

**Nº de Sessões:** 1

**Destinatários:** Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**Orador:** Marco Cabeça (Aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

**Objetivo Geral:** Apresentar o projeto “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido”

**Objetivos específicos:**

- Consciencializar a equipa de enfermagem para a importância da preparação para a alta e realização de ensinios
- Validar pertinência e conteúdo das temáticas abordadas no Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido

**Indicadores de Avaliação:**

- Obter feedback de pelo menos 50% da equipa de enfermagem através do instrumento apreciativo concebido
- Pelo menos 50% da equipa de enfermagem considerar a informação contemplada no projeto “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido” como sendo pertinente

Etapa	Conteúdo Programático	Metodologia	Material	Tempo Previsto
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido</li> </ul>	Exposição oral com apoio de apresentação realizada em PowerPoint	Computador	3 min.
<b>Desenvolvimento</b>	<p>Vinculação com o bebê</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importância da vinculação</li> <li>• Papel do pai</li> </ul> <p>Alimentação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aleitamento Materno</li> <li>• Aleitamento Artificial</li> <li>• Limpeza e Esterilização</li> </ul> <p>Dificuldades na Amamentação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingurgitamento Mamário</li> <li>• Fissuras Mamilares</li> <li>• Candidíase Mamilar</li> <li>• Ducto Entupido</li> <li>• Mastite</li> </ul> <p>Higiene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparação do banho</li> <li>• Hora do banho</li> <li>• Depois do Banho</li> <li>• A roupa do Bebê</li> </ul> <p>Sono e Repouso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção do Descanso</li> <li>• Ambiente Promotor de Descanso</li> <li>• Como deitar o bebê</li> <li>• Síndrome de Morte Súbita do Lactente</li> </ul> <p>Problemas do Quotidiano</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritema Tóxico</li> <li>• Cólicas</li> <li>• Soluços</li> <li>• Obstrução Nasal</li> </ul>		Computador	30 min

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstipação</li> <li>• Outros Problemas</li> </ul> <p>Segurança e Prevenção de Acidentes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança no Transporte</li> <li>• Prevenção de Acidentes Dentro de Casa</li> <li>• Prevenção de Acidentes Fora de Casa</li> </ul> <p>Sinais de Alerta</p> <p>Recursos</p>			
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da bibliografia utilizada na realização do Guia Prático dos Cuidados aos Recém-Nascido</li> <li>• Agradecimento pela colaboração na realização o Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido</li> <li>• Abordagem ao questionário de Avaliação</li> </ul>		Computador	5 min.



APÊNDICE XIV – Cartaz Divulgativo da Sessão Formativa “Guia Prático dos Cuidados  
ao Recém-Nascido”



# GUIA PRÁTICO DOS CUIDADOS AO RECÉM - NASCIDO



## SESSÃO FORMATIVA

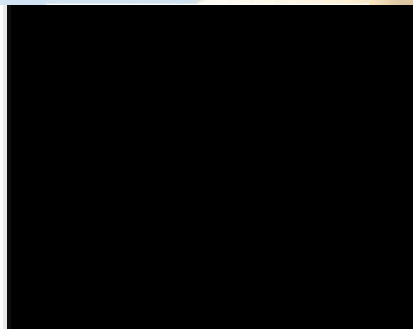
Realizado por: Marco Cabeça  
Enfermeira Orientadora: [REDACTED]



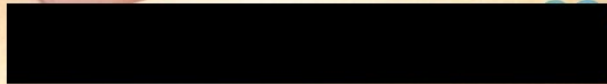
APÊNDICE XV – Cartaz Divulgativo da Sala dos Pais



**GUIA PRÁTICO DOS CUIDADOS  
AO RECÉM-NASCIDO**



**Leve também consigo em formato digital**





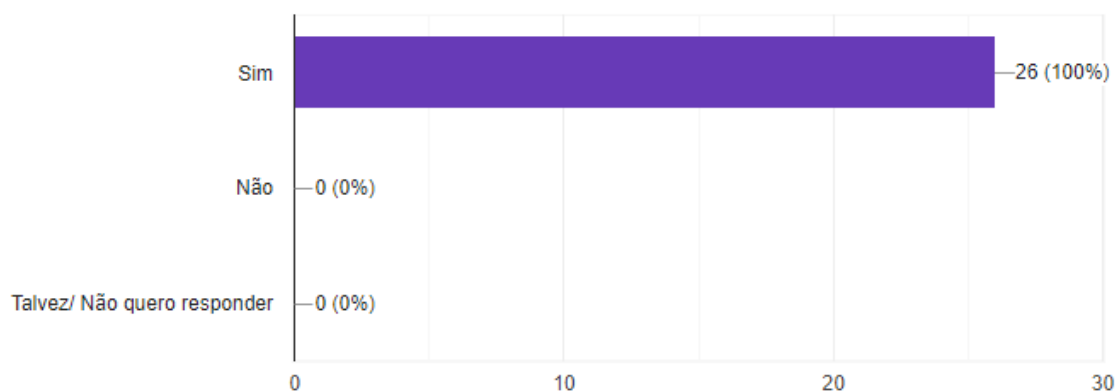
APÊNDICE XVI – *Feedback* obtido da Equipa de Enfermagem através do Instrumento  
Apreciativo da Sessão Formativa “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido”



### Resposta da Equipa de Enfermagem à Questão 1

Considera pertinente o conteúdo do “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido”?

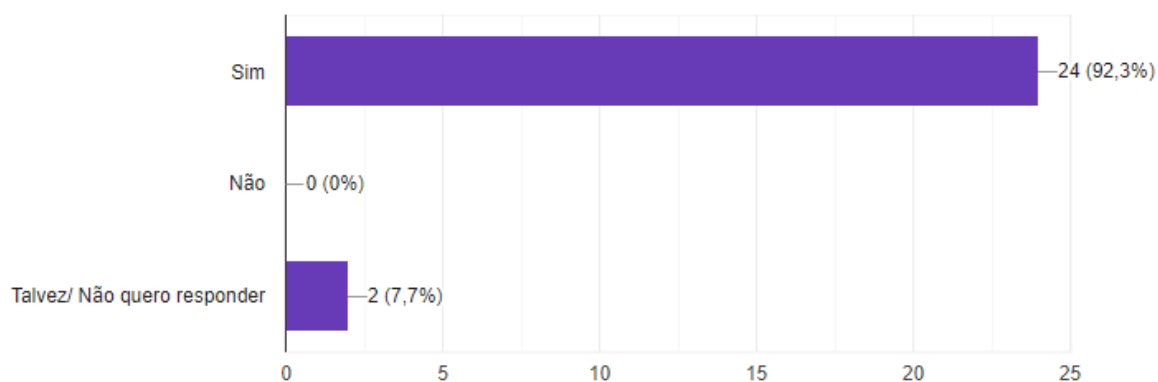
26 respostas



### Resposta da Equipa de Enfermagem à Questão 2

Considera que a informação foi bem estruturada ao longo do “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido”?

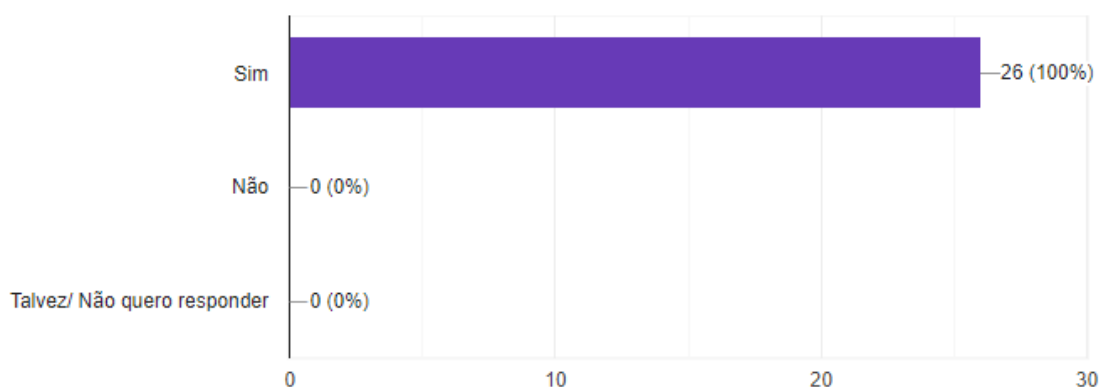
26 respostas



### Resposta da Equipa de Enfermagem à Questão 3

Considera que o “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido” auxiliou na preparação para alta?

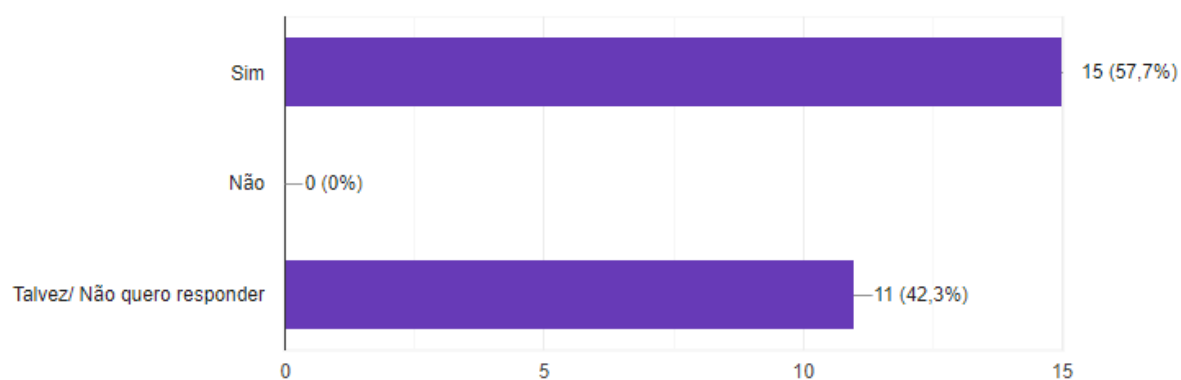
26 respostas



### Resposta da Equipa de Enfermagem à Questão 4

Considera que o “Guia Prático dos Cuidados aos Recém-Nascido” foi bem aceite pelos pais?

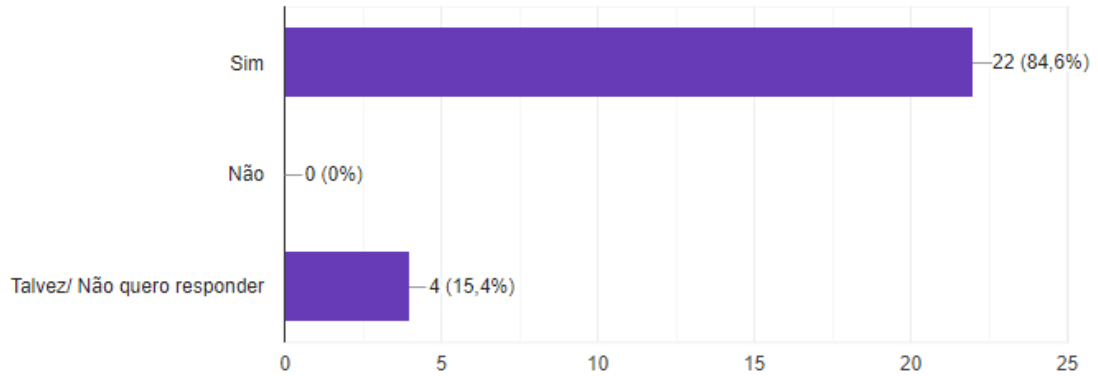
26 respostas



### Resposta da Equipe de Enfermagem à Questão 5

Considera que a informação presente no “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido” é clara e de fácil compreensão?

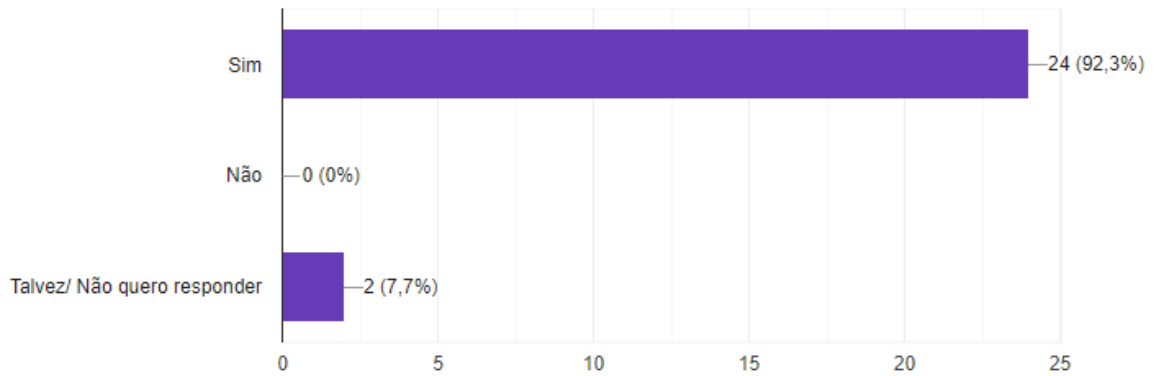
26 respostas



### Resposta da Equipe de Enfermagem à Questão 6

Considera que o “Guia Prático dos Cuidados ao Recém-Nascido” tem uma apresentação moderna e apelativa?

26 respostas



### Respostas presentes no espaço destinado a críticas, comentários e sugestões

#### Sugestões/ Críticas/ Comentários

2 respostas

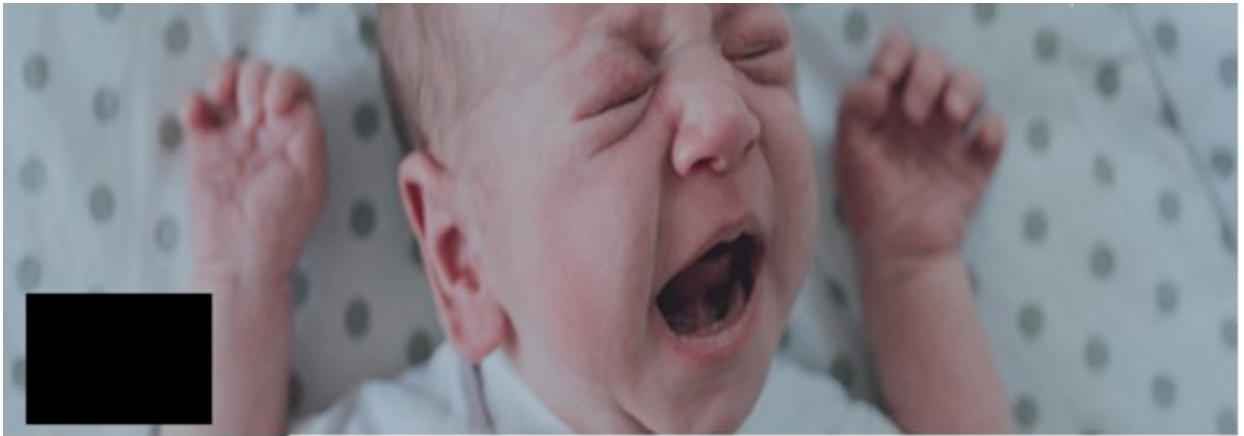
Seria importante que as informações que constam no guia fossem atuais, baseadas na evidência mais atual

trabalho realizado com base na evidência mais atual. muito pertinente.



APÊNDICE XVII – Livreto “As Cólicas no Bebê”





# As Cólicas No Bebé - Como Intervir –



Atendimento Permanente Pediátrico  
Outubro 2021

# Índice

1. O que são cólicas?
2. O que devo fazer?
3. Como fazer massagem abdominal?
4. Sinais de Alarme



# 1. O que são cólicas?



Cólica é o termo utilizado para descrever o choro incessante do bebé, que se pode prolongar por horas, associado a desconforto abdominal, com as costas arqueadas e as pernas fletidas sobre a barriga.

Podem surgir a partir da 3<sup>a</sup> semana de vida e normalmente resolvem espontaneamente pelos 4 meses.

Estes episódios ocorrem em cerca de 40% dos bebés e são mais frequentes ao final do dia.

A causa das cólicas ainda não está bem esclarecida, porém podem estar relacionadas com a deglutição excessiva de ar (p.e. quando chora ou mama) ou imaturidade gastrointestinal.



O choro excessivo do bebê é causa de ansiedade e desconforto familiar, com efeitos no bebê e nos pais, que muitas vezes ficam sem saber ao certo se é normal ou como poderão agir para atenuar o desconforto do bebê.

## 2. O que devo fazer?

Primeiro, recomendamos que os pais mantenham a calma e se foquem na promoção do conforto do bebê.



É fundamental que o bebê se encontre num ambiente calmo, com estimulação visual e auditiva suave.

Deite o bebê de barriga para baixo, com um pano ou saco de água morna debaixo da barriga ou no seu colo, de barriga para baixo, fazendo uma ligeira massagem na barriga do bebê.

A otimização da técnica de alimentação pode também diminuir a ocorrência de cólicas. Se alimenta o bebê por biberão, deve tentar fazê-lo numa posição mais vertical, fazendo algumas pausas para eructar e preferir um biberão com sistema de escape de ar (anti-cólica) para diminuir a quantidade de ar deglutido.



No bebê que faz aleitamento materno exclusivo, deve fazer uma (ou mais) pausa(s) a meio para eructar (pode reduzir a quantidade de ar deglutido) e não deve prolongar as mamadas excessivamente.

Pode massajar a região junto ao umbigo no sentido dos ponteiros do relógio, de modo a aliviar as cólicas e promover a passagem do ar nos intestinos.

Caso a massagem abdominal não resulte, poderá também realizar estimulação rectal com cânula a cânula do clister (p.e.: BebéGel<sup>R</sup>).

Pode ainda dar banho ao bebé, de modo a promover o seu relaxamento.



Falar, brincar com o bebé ou dar-lhe maminhos também são sempre boas alternativas para o(a) tranquilizar.

# 3. Como fazer massagem abdominal?

A massagem abdominal é realizada através de movimentos lentos e ritmados. Facilita a eliminação e promove a passagem de ar nos intestinos do bebé, atenuando o desconforto e a dor associada aos episódios de cólicas.

Para aliviar as cólicas no bebé e evitar estes episódios, pode realizar massagem sempre que necessário ou duas a três vezes por dia.

Antes de começar é importante que o bebé esteja num ambiente calmo e confortável, e que retire anéis, pulseiras ou outros objetos que possam magoar o bebé.

Evite fazer massagem abdominal se o bebé foi alimentado há menos de 2h ou se estiver doente.

A massagem abdominal deve ser feita com um óleo natural, sem perfume (p.e. óleo de amêndoas doces ou um creme hidratante adequado).

Comece a massagem com movimentos circulares, lentos e ritmados, à volta do umbigo e no sentido dos ponteiros do relógio.



Além dos movimentos circulares, deve também segurar as pernas do bebê pelos tornozelos, fletí-las e pressioná-las suavemente em direção à barriga durante aproximadamente 5 segundos.



Pode também repetir o passo anterior, mas com uma perna de cada vez, como se o bebê estivesse a andar de bicicleta.

Repita este processo algumas vezes, alternando-o com a massagem já descrita.

## 4. Sinais de Alarme

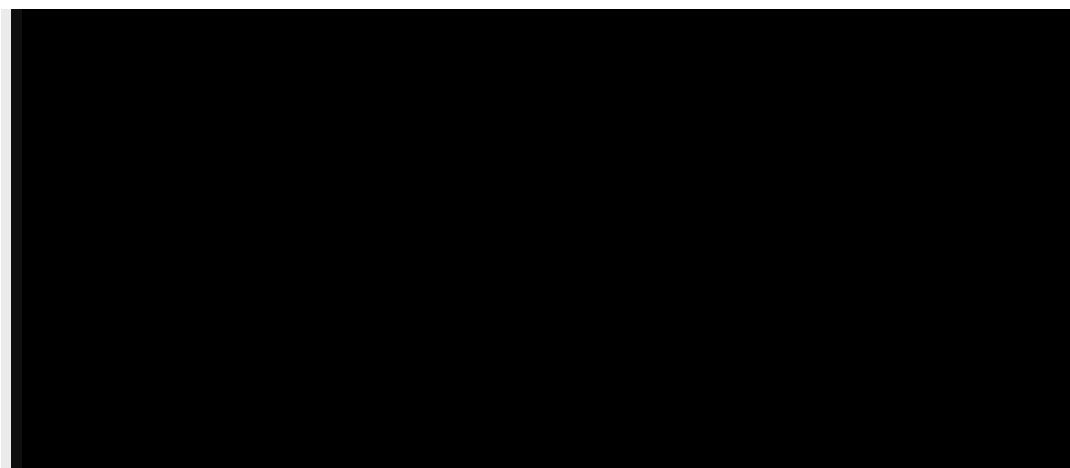
No entanto, se alguns destes sintomas surgirem, deverá procurar observação médica/ recorrer ao Atendimento Permanente Pediátrico (APP):

- Se o bebé chorar, sem períodos de consolo, há mais de 2h seguidas
- Se ao choro se associar:
  - Recusa alimentar ou diminuição acentuada da quantidade de leite que mama
  - Alguma alteração das características das fezes (p.e. com presença de sangue)
  - Febre (Temperatura rectal  $>38^{\circ}\text{C}$ )



Esperamos que este livro o(a) tenha ajudado.

Deixamos em baixo o QR de acesso ao download deste livrinho e ao documento informativo completo, através do seu telemóvel, para que possa levá-lo consigo.



Documento  
Informativo

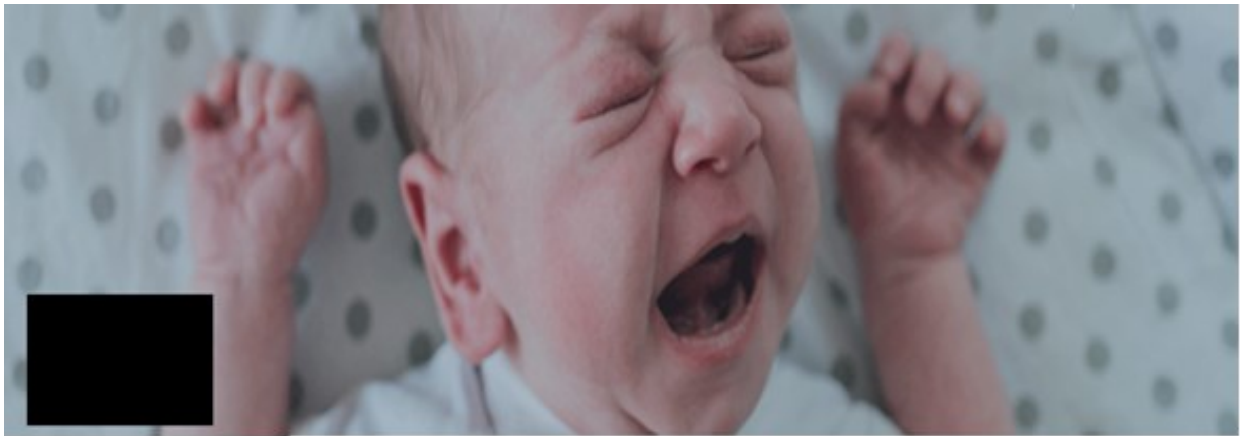
Livrinho  
“As Cólicas no Bebê”

Muito obrigado pela preferência e confiança na nossa instituição,

A Equipa do Atendimento Permanente Pediátrico

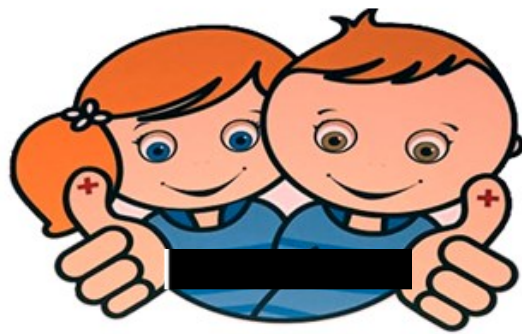
APÊNDICE XVIII – Livreto “The Baby’s Colic”





# The Baby's Colic

## - How to proceed –



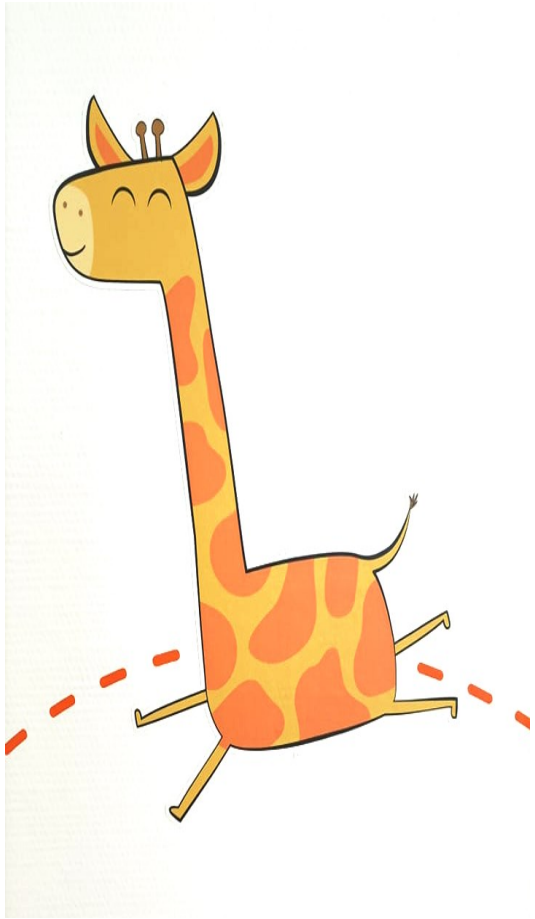
Atendimento Permanente Pediátrico  
October 2021

# Index

1. What is colic?
2. What should i do?
3. How can I massage the baby's belly?
4. Warning Signs



# 1. What is colic?



Colic (or camps) is the term used to describe the baby's incessant crying, which can go on for hours, associated with abdominal discomfort, clenching their fists, and bringing their knees up to their tummy or arching their back.

They can appear since the 3rd week of life and usually resolve spontaneously by 4 months.

These episodes occur in about 40% of the babies and are more frequent at the end of the day.

It's not known exactly what causes some babies to get colic, but it may be related to swallowing too much air (eg: when crying or breastfeeding) or gastric and intestinal immaturity.



The baby's excessive crying is a cause of anxiety and family discomfort, with effects on the baby and parents, who are often not sure if it is normal or how they can act to alleviate the baby's discomfort.

## 2. What should I do?

First, we recommend parents to stay calm and focus on promoting their baby's comfort.



It's essential for the baby to be in a calm environment, with gentle visual and auditory stimulation.

Lay the baby face down, with a cloth or bag of warm water under the tummy or in your lap, and gently massage the baby's tummy.

Enhancing the feeding technique can also reduce the occurrence of colic. If you feed your baby from a bottle, you should try to do it in a more upright position, taking a few breaks to burp and prefer a bottle with an anti-colic system to reduce the amount of air swallowed.



Exclusively breastfed babies should take one (or more) half-way break(s) to burp (may reduce the amount of swallowed air) and should not breastfeed for too long.

You can massage the area near the belly button with clockwise moves, in order to relieve colic and promote the passage of air in the intestines.

In casa massaging the baby's belly does not work, you can perform rectal stimulation with the enema cannula.

You can also give the baby a bath to make him (her) feel more relaxed.



Talking, playing with the baby and caress him are also good options to reassure him.

### **3. How can I massage the baby's belly?**

Massaging the baby's belly is performed using slow, rhythmic movements. It facilitates the baby's bowel movement and promotes the passage of air in the baby's intestines, relieving the discomfort and pain associated with colic.

To relief your baby's colic and prevent these episodes, you can massage as often as you need or two to three times a day.

Before starting, it is important for the baby to be in a calm and comfortable environment, and to remove rings, bracelets or other objects you are wearing, that could hurt the baby.

Avoid massaging the baby's belly if the baby has been fed less than 2 hours ago or if the baby's sick.

The massage shall be done with a natural, unscented oil (eg: sweet almond oil or a suitable moisturizing cream).

Start the massage with slow, rhythmic circular movements around the baby's belly button.





In addition to the circular movements, you should also hold the baby's legs by the ankles, bend them and gently press them towards the belly for approximately 5 seconds.

You can also repeat the previous step, but with one leg at a time, as if your baby were riding a bicycle.

Repeat this process a few times, alternating it with the massage already described.

## 4. Warning Signs

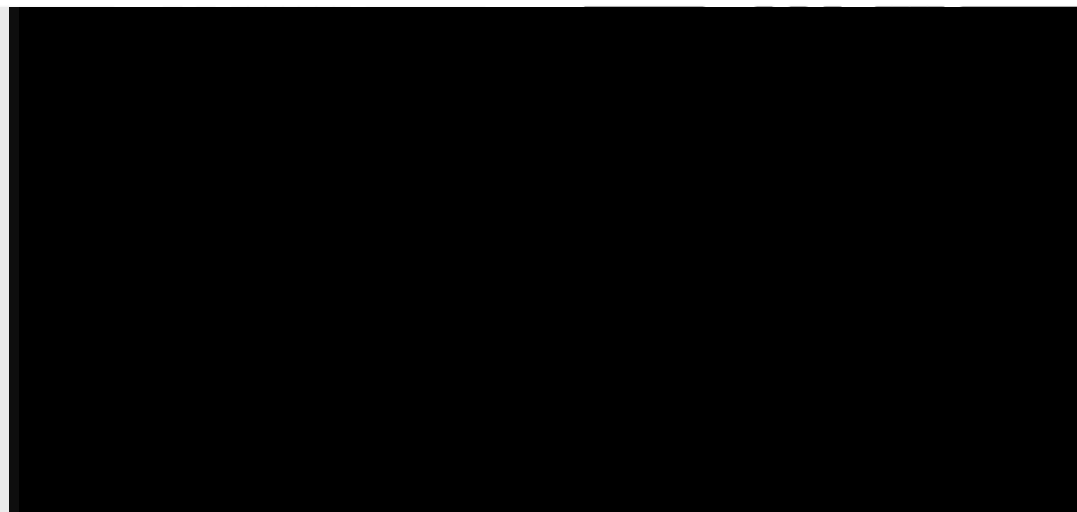
However, if any of these symptoms appear, you should seek medical observation / come to the Atendimento Permanente Pediátrico (APP):

- If the baby cries, without any moment of comfort, for more than 2 hours in a row.
- If crying is associated with:
  - Refusing to breastfeed or decrease in the amount of milk the baby was fed
  - Any change in the characteristics of the stools (eg: the presence of blood)
  - Fever (Rectal temperature  $>38^{\circ}\text{C}$ )



We hope this book has helped you.

Below is the QR for accessing the download of this booklet and the full document with information about colic, to have on your mobile phone, so you can take it with you.



Full Text

Book –

“The Baby’s Colic”

Thank you very much for your preference and confidence in our institution,

The team of Atendimento Permanente  
Pediátrico

APÊNDICE XIX – Documento Informativo “As Cólicas no Bebê”





## **Cólica no Recém-Nascido e Lactente**

### **O que são cólicas?**

Cólica é o termo utilizado para descrever o choro incessante do bebê, que se pode prolongar por horas, associado a desconforto abdominal, com as costas arqueadas e as pernas fletidas sobre a barriga. Podem surgir a partir da 3ª semana de vida e normalmente resolvem espontaneamente pelos 4 meses. Estes episódios ocorrem em cerca de 40% dos bebês e são mais frequentes ao final do dia.

A etiologia das cólicas ainda não está totalmente esclarecida, porém podem estar relacionadas com a deglutição excessiva de ar (p.e. quando chora ou mama) ou imaturidade gastrointestinal.

O choro excessivo do bebê é causa de ansiedade e desconforto familiar, com efeitos no bebê e nos pais, que muitas vezes ficam sem saber ao certo se é normal ou como poderão agir para atenuar o desconforto do bebê.

### **Como intervir?**

Primeiramente, é recomendável que os pais mantenham a calma e que se foquem na promoção do conforto do bebê. É fundamental que o bebê se encontre num ambiente calmo, com estimulação visual e auditiva suave.

Existem diversas estratégias que se podem implementar para promover o alívio das cólicas no recém-nascido e lactente:

- Deitar o bebê em decúbito ventral, com um pano ou saco de água morna debaixo da barriga, ou deitá-lo no colo, em decúbito ventral, fazendo uma ligeira massagem na barriga do bebê.
- A otimização da técnica de alimentação pode também diminuir a ocorrência cólicas. Se o bebê é alimentado por tetina, deve tentar fazê-lo numa posição mais vertical,

fazendo algumas pausas para eructar e preferir um biberão com sistema de escape de ar (anti-cólica) para diminuir a quantidade de ar deglutido.

- No bebé que faz aleitamento materno exclusivo deve-se fazer uma (ou mais) pausa(s) a meio para eructar (pode reduzir a quantidade de ar deglutido) e não se deve prolongar as mamadas excessivamente.
- Realizar massagem abdominal, no sentido dos ponteiros do relógio, de modo a aliviar os espasmos e promover a passagem do ar nos intestinos. Caso a massagem abdominal não resulte, poderá também realizar estimulação rectal com cânula a cânula do clister (p.e.: BebéGel<sup>R</sup>).
- Pode também dar banho ao bebé, de modo a promover o seu relaxamento.
- Falar, brincar com o bebé ou acariciá-lo, também são alternativas para o(a) tranquilizar.

## **Como se realiza massagem abdominal para o alívio das cólicas?**

A massagem abdominal é realizada através de movimentos lentos e ritmados. Facilita a eliminação e promove a passagem de ar nos intestinos do bebé, atenuando o desconforto e a dor associada aos episódios de cólicas.

Para aliviar as cólicas no bebé e evitar estes episódios, pode-se realizar a massagem abdominal sempre que necessário ou duas a três vezes por dia. A massagem abdominal deve ser feita com um óleo natural, sem perfume (p.e. óleo de amêndoas doces ou um creme hidratante adequado).

Antes de começar é importante que o bebé esteja num ambiente calmo e confortável, e que se retire anéis, pulseiras ou outros objetos que possam magoar o bebé. Deve-se evitar fazer massagem alimentar no bebé que tenha sido alimentado à menos de 2h ou se estiver doente.

Comece a massagem com movimentos circulares, lentos e ritmados, à volta do umbigo e no sentido dos ponteiros do relógio. Além dos movimentos circulares, deve também segurar as pernas do bebé pelos tornozelos, fleti-las e pressioná-las suavemente em direção à barriga durante aproximadamente 5 segundos. Pode também repetir o passo anterior, mas com uma perna de cada vez, como se o bebé estivesse a andar de bicicleta. Repita este processo algumas vezes, alternando-o com a massagem já descrita.

## Sinais de alarme

No entanto, se alguns destes sintomas surgirem, deverá procurar observação médica/ recorrer ao Atendimento Permanente Pediátrico (APP):

- Se o bebé chorar, sem períodos de consolo, há mais de 2h seguidas
- Se ao choro se associar:
  - Recusa alimentar ou diminuição acentuada da quantidade de leite que mama
  - Alguma alteração das características das fezes (p.e. com presença de sangue)
  - Febre (Temperatura rectal  $>38^{\circ}\text{C}$ )

Em caso de dúvida, contacte a equipa de profissionais de saúde da [REDACTED]. Poderá também consultar esta informação no site da [REDACTED] e no site <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-pais/>



APÊNDICE XX – Documento Informativo “The Baby’s Colic”





## The Baby's Colic

### What is colic?

Colic (or “camps”) is the term used to describe the baby's incessant crying, which can go on for hours, associated with abdominal discomfort, clenching their fists, and bringing their knees up to their tummy or arching their back. They can appear since the 3rd week of life and usually resolve spontaneously by 4 months. These episodes occur in about 40% of the babies and are more frequent at the end of the day.

It's not known exactly what causes some babies to get colic, but it may be related to swallowing too much air (eg: when crying or breastfeeding) or gastric and intestinal immaturity.

The baby's excessive crying is a cause of anxiety and family discomfort, with effects on the baby and parents, who are often not sure if it is normal or how they can act to alleviate the baby's discomfort.

### How to proceed?

First, we recommend parents to stay calm and focus on promoting their baby's comfort. It's essential for the baby to be in a calm environment, with gentle visual and audio stimulation.

There are many options for parents to relieve their baby's colic:

- Lay the baby facing down, with a cloth or bag of warm water under the tummy or in your lap, face down, gently massaging the baby's tummy.
- Enhancing the feeding technique can also reduce the occurrence of colic. If you feed your baby from a bottle, you should try to do it in a more upright position, taking a few breaks for the baby to “burp” and prefer a bottle with an anti-colic system to reduce the amount of air swallowed.

- Exclusively breastfed babies should take one (or more) half-way break(s) to “burp” (this may reduce the amount of air swallowed) and should not breastfeed for too long.
- You can massage the area near the belly button with clockwise moves, in order to relieve colic and promote the passage of air in the intestines. In case massaging the baby's belly does not work, you can also perform rectal stimulation with the enema cannula.
- You can also give the baby a bath to make him (her) feel more relaxed.
- Talking, playing with the baby and caress him are also good options to reassure him.

### **How to massage the baby’s belly?**

Massaging the baby's belly is performed using slow, rhythmic movements. It facilitates the baby's bowel movement and promotes the passage of air in the baby's intestines, relieving the discomfort and pain associated with colic.

To relief your baby's colic and prevent these episodes, you can massage as often as you need or two to three times a day. Before starting it is important that the baby is in a calm and comfortable environment, and to remove rings, bracelets or other objects you are wearing, that could hurt the baby. Avoid massaging the baby's belly if the baby has been fed less than 2 hours ago or if the baby's sick.

Start the massage with slow, rhythmic circular movements around the baby's belly button. In addition to the circular movements, you should also hold the baby's legs by the ankles, bend them and gently press them towards the belly for approximately 5 seconds. You can also repeat the previous step, but with one leg at a time, as if your baby were riding a bicycle. Repeat this process a few times, alternating it with the massage already described.

## Warning Signs

However, if any of these symptoms appear, you should seek medical observation / come to the Atendimento Permanente Pediátrico (APP):

- If the baby cries, without any moment of comfort, for more than 2 hours in a row.
- If crying is associated with:
  - Refusing to breastfeed or decrease in the amount of milk the baby was fed
  - Any change in the characteristics of the stools (eg: the presence of blood)
  - Fever (Rectal temperature  $>38^{\circ}\text{C}$ )

In case of doubt, contact [REDACTED] healthcare professionals.

You can also consult this information on the [REDACTED] website and

<https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-pais/>



APÊNDICE XXI – Folheto “Obstipação na Criança e Jovem”



## O que é a obstipação?

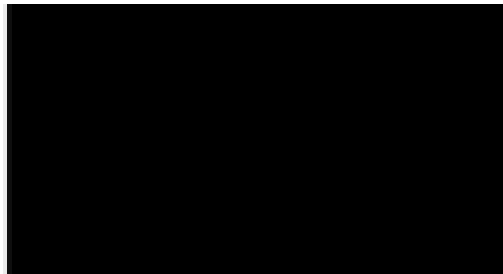
A obstipação, também designada de "prisão de ventre", consiste em evacuar fezes duras, com pouca frequência e muito dolorosas.

A obstipação é uma das principais causas de preocupação dos pais e familiares, particularmente na primeira infância e que afeta ambos os sexos. Pelo facto de o padrão de defecação se modificar com a idade, existem fases mais propícias ao desenvolvimento da obstipação, sobretudo associadas às mudanças no quotidiano: p.e. aquando do treino do controlo de esfíncteres; ou aquando da entrada na creche e na escola.

Hoje em dia, o consumo exagerado de alimentos ricos em gorduras e açúcares em detrimento de alimentos ricos em fibras e a baixa ingestão de água favorecem o desenvolvimento da obstipação.

Esperamos que este folheto o(a) tenha ajudado.

Deixamos em baixo o QR de acesso ao download do folheto e respetivo documento informativo, para que possa levá-los consigo.



Documento Informativo  
"A Obstipação na Criança e Jovem"

Folheto "A Obstipação na Criança e Jovem"

Muito obrigado pela preferência e confiança na nossa instituição.

A Equipa do Atendimento Permanente  
Pediátrico



## A Obstipação na Criança e Jovem



Atendimento Permanente  
Pediátrico

Outubro 2021

## Quais são os principais sintomas?

De um modo geral, as fezes são duras e fragmentadas, existe uma sensação persistente de mal-estar e desconforto no abdómen e verifica-se, frequentemente, necessidade de recorrer a medicamentos ou clisteres para ajudar a evacuação.

## Quando recorrer ao pediatra?

Os pais deverão procurar a observação pelo médico pediatria se:

- A criança estiver vários dias sem evacuar;
- Houver presença de sangue nas fezes;
- A criança tiver dor de barriga muito intensa;
- As queixas forem contínuas e persistentes.



## Como intervir?

**Hidratação:** Insistir na ingestão diária de uma grande quantidade de líquidos. Não substituir a fruta por sumos.



**Alimentação:** Incluir alimentos ricos em fibra, tais como fruta (p.e. maçã, pêra, frutos secos, kiwi), legumes (p.e. feijão, batata doce), cereais ricos em fibra, e sopa. Evitar o consumo excessivo de alimentos obstipantes (p.e. leite e seus derivados, arroz, banana, cenoura).

**Exercício físico:** Incentivar a prática regular de atividade física pode facilitar o trânsito intestinal.

**Rotinas:** Tentar criar rotinas - reforçar que a criança/adolescente se habitue a ir todos os dias

à casa de banho, preferencialmente à mesma hora, idealmente 15 a 60 minutos após uma refeição.

**Postura:** Procurar que a criança/adolescente adote uma posição confortável e que facilite a defecação.



Se necessário, podem ser usados redutores, de modo a que os pés possam estar firmemente apoiados e todos os músculos necessários possam ser utilizados na manobra de defecação.

**Apoio psicológico:** A obstipação, mesmo tendo uma causa orgânica/funcional subjacente, pode-se associar ou mesmo desencadear situações de ansiedade (na criança/adolescente e sua família) e levar a mudanças comportamentais, pelo que é fundamental estar atento e solicitar este apoio sempre que necessário.

APÊNDICE XXII – Folheto “Constipation in Children”



## What's constipation?

Constipation consists of passing hard, infrequent and very painful stools.

The bowel movements of children are, in addition to feeding, one of the main causes of concern for parents and family members and affects both genders.

The fact that the pattern of defecation changes with age leads to more favourable phases for the development of constipation, especially associated with changes in the daily life: when training sphincters control; or coincidentally with entry to day care and school.

Nowadays, the exaggerated consumption of food rich in fat and sugar in detriment of food rich in fiber and low water intake favour the hardening of the stools and, consequently, lead to the appearance of constipation.

We hope this booklet has helped you.

Below is the QR for accessing the download of this booklet and the full document with information about constipation, to have on your mobile phone and take it with you.



Full Text –  
“Constipation  
in Children”

Booklet –  
“Constipation  
in Children”

Thank you very much for your preference and confidence in our institution,

The team of Atendimento Permanente  
Pediátrico



# Constipation in Children



Atendimento Permanente  
Pediátrico

October 2021

## What are the main symptoms?

In general, the stools are hard and broken, there is a persistent feeling of discomfort in the abdomen, and there is often a need to use medication or enemas to help with the bowel movements.

## When should you take your child to the paediatrician?

Parents should seek observation by the paediatrician if:

- The child has not had a bowel movement for several days;
- There is blood in the stools
- The child has very severe stomach pain
- Complaints are continuous and persistent



## What should parents do?

**Hydration:** Promote the daily intake of a large amount of fluids. Do not substitute fruit for juices, as they have almost no fiber.



**Diet:** Ensure that the diet is as balanced as possible, including high fiber food such as fruit (eg: apple, pear, nuts, kiwi fruit), vegetables (eg: beans, sweet potatoes), high fiber cereals, and soup. Avoid excessive consumption of constipating food (eg: milk and dairy products, rice, bananas, carrots)

**Physical exercise:** Encouraging the regular practice of physical activity can promote the intestine metabolism and, by strengthening the muscles, facilitate the act of defecation.

**Daily Routines:** Try to create routines - reinforce that the child/adolescent gets used to going to the bathroom every day, preferably at the same time, ideally 15 to 60 minutes after a meal.

**Posture:** Seek that the child/adolescent adopts a comfortable and adequate position to facilitate defecation.



If necessary, toilet reducers can be used so that the feet can be firmly supported, and all the necessary muscles can be used in the defecation maneuver.

**Psychological support:** Constipation, even with an underlying organic/function, can be associated with or even trigger situations of anxiety (in the child/adolescent and their family) and lead to behavioural changes, so it is essential to be aware and request this support whenever necessary.

APÊNDICE XXIII – Documento Informativo “Obstipação na Criança e Jovem”





## **A obstipação na Criança e Jovem**

### **O que é obstipação?**

A obstipação, também comumente designada de "prisão de ventre", consiste em evacuar fezes duras, com pouca frequência e muito dolorosas. A atividade intestinal dos filhos é, a par da alimentação, uma das principais causas de preocupação dos pais e familiares, particularmente na primeira infância. Trata-se de um problema muito frequente na idade pediátrica e que afeta ambos os sexos.

O facto de o padrão de defecação se ir modificando com a idade, leva a que haja fases mais propícias ao desenvolvimento da obstipação, sobretudo associadas às mudanças no quotidiano do bebé/criança/adolescente: na transição do leite materno para o leite de fórmula; na introdução de elementos sólidos na alimentação; aquando do treino do controlo de esfíncteres; ou coincidentemente com a entrada na creche e na escola.

### **Quais são os principais sintomas?**

De um modo geral, as fezes são duras e fragmentadas, existe uma sensação persistente de mal-estar e desconforto no abdómen e verifica-se, frequentemente, necessidade de recorrer a medicamentos ou clisteres para ajudar a evacuação.

Quando a obstipação é classificada como obstipação funcional, tem habitualmente as seguintes características:

- Duas ou menos dejeções por semana ou episódios de incontinência por semana, numa criança que já controla os esfíncteres.
- Retenção excessiva de fezes.
- Evita a defecação.
- Defecação dolorosa ou difícil.
- Presença de uma grande massa fecal no reto.
- Fezes de grande diâmetro que podem obstruir a sanita.

## Quais as principais causas?

A origem da obstipação pode ser classificada como:

- Crónica (5% - 10%): Causada por doenças neurológicas, endócrinas, metabólicas e anatómicas. No entanto, também pode ocorrer como resultado de fatores ambientais, psicossociais ou ambos.
- Funcional (90% - 95%): não se consegue identificar uma causa orgânica e é um problema que poderá requerer terapêutica.

Hoje em dia, o consumo exagerado de alimentos ricos em gorduras e açúcares em detrimento de alimentos ricos em fibras (sopa, fruta, legumes) e a baixa ingestão de água favorecem o endurecimento das fezes e, conseqüentemente, levam ao aparecimento da obstipação.

As fezes são constituídas pela parte dos alimentos que não é assimilada, sobretudo composta por fibra, que tem a capacidade de absorver a água existente no intestino. O tempo que este processo demora determina o teor de água nas fezes e, sempre que ocorre maior demora no funcionamento intestinal, ficam mais duras, provocando obstipação.

Deste modo, não existe realmente uma causa única, devendo-se normalmente a uma combinação de circunstâncias diferentes:

- Uma dieta pobre em fibra;
- Ingestão excessiva de produtos lácteos (reduzem a motilidade/ trânsito intestinal);
- Ingestão insuficiente de líquidos (promove a formação de fezes duras);
- Não ir à casa de banho quando tem vontade, o que ocorre em diversas situações: brincadeira, casas de banho públicas, vergonha, dor, etc;
- Retenção como efeito secundário da ingestão de alguns fármacos;
- Presença de uma doença aguda que altere o padrão normal de dejeção da criança/ jovem, desencadeando-se todo o processo;
- Causas emocionais: fobia à casa de banho ou ao bacio, transição para a creche ou escola, rejeição das casas de banho escolares, aprendizagem forçada do controlo dos esfíncteres, nascimento de um irmão, problemas familiares, depressão ou até situações de abuso sexual.

## Quando recorrer ao pediatra?

Os pais deverão procurar a observação pelo médico pediatria se:

- A criança estiver vários dias sem evacuar;
- Houver presença de sangue nas fezes
- A criança tiver dor de barriga muito intensa
- As queixas forem contínuas e persistentes

Nos casos de obstipação persistente dever-se-á consultar o pediatra assistente. Quando as medidas de prevenção geral e de cuidados adicionais com a dieta e exercício físico não solucionam a dificuldade em evacuar do bebé/criança/adolescente, pode ser necessário o recurso ao uso de laxantes.

Nos casos em que o tratamento já foi estabelecido, mas a resposta não foi a esperada, pode ser necessário um estudo mais completo que envolve uma série de exames complementares. Nestes casos é aconselhável informar-se junto do seu pediatra assistente e ponderar o encaminhamento para um pediatra gastroenterologista.

Após o diagnóstico de obstipação, o próximo passo consiste na pesquisa de sinais de alarme, que poderão indiciar se a obstipação é de etiologia funcional ou não. Esta avaliação é clínica, não sendo habitualmente necessários exames complementares.

## Como intervir?

- **Hidratação:** Insistir na ingestão diária de uma grande quantidade de líquidos. Não substituir a fruta por sumos, pois estes quase não têm fibra.
- **Alimentação:** Assegurar que a alimentação é o mais equilibrada possível, incluindo alimentos ricos em fibra, tais como fruta (p.e. maçã, pêra, frutos secos, kiwi), legumes (p.e. feijão, batata doce), cereais ricos em fibra, e sopa. Evitar o consumo excessivo de alimentos obstipantes (p.e. leite e seus derivados, arroz, banana, cenoura).
- **Exercício físico:** Incentivar a prática regular de atividade física pode facilitar o trânsito intestinal e, ao fortalecer a musculatura, facilitar o ato de defecação.

- **Rotinas:** Tentar criar rotinas - reforçar que a criança/adolescente se habitue a ir todos os dias à casa de banho, preferencialmente à mesma hora, idealmente 15 a 60 minutos após uma refeição, para aproveitar o reflexo gastrocólico (desencadeado pela ingestão de alimentos e que estimula a motilidade intestinal), que ajuda na evacuação.
- **Postura:** Procurar que a criança/adolescente adote uma posição confortável e adequada facilita a defecação. Se necessário, podem ser usados redutores, de modo a que os pés possam estar firmemente apoiados e todos os músculos necessários possam ser utilizados na manobra de defecação.
- **Apoio psicológico:** A obstipação, mesmo tendo uma causa orgânica/funcional subjacente, pode-se associar ou mesmo desencadear situações de ansiedade (na criança/adolescente e sua família) e levar a mudanças comportamentais, pelo que é fundamental estar atento e solicitar este apoio sempre que necessário.

## Como prevenir?

A sua prevenção passa, essencialmente, pela adoção de estilos de vida saudáveis, como a ingestão de uma dieta rica em fibras, muitos fluidos e exercício físico regular. Ter tempo e privacidade na casa de banho é muito importante, bem como não ignorar o estímulo para a evacuação.

Informação retirada do site da [REDACTED] e do “Tratamento da obstipação na infância” disponível em: <http://www.spgp.pt/media/1086/obstipacaopais.pdf>

APÊNDICE XXIV – Documento Informativo “Constipation in Children”





## **Constipation in Children**

### **What is constipation?**

Constipation consists of passing hard, infrequent and very painful stools. The bowel movements of children are, in addition to feeding, one of the main causes of concern for parents and family members, particularly in early childhood. It is a very common problem in paediatric age and affects both genders.

The fact that the pattern of defecation changes with age leads to more favourable phases for the development of constipation, especially associated with changes in the daily life of the baby/child/adolescent: in the transition from breast milk to formula milk; in the introduction of solid elements in the food; when training sphincters control; or coincidentally with entry to day care and school.

### **What are the main symptoms?**

In general, the stools are hard and broken, there is a persistent feeling of discomfort in the abdomen, and there is often a need to use medication or enemas to help with the bowel movements.

When constipation is classified as functional, it usually has the following characteristics:

- Two or fewer stools a week or a week of incontinence in a child who already controls sphincters.
- Excessive feces retention.
- Prevents defecation.
- Painful or difficult defecation.
- Presence of a large fecal mass in the rectum.
- Large diameter stools that can clog the toilet.

## What causes constipation?

The origin of constipation can be classified as:

- Chronic (5% - 10%): Caused by neurological, endocrine, metabolic and anatomical diseases. However, it can also occur because of environmental, psychosocial or both stimuli.
- Functional (90% - 95%): an organic cause cannot be identified and it is a problem that may require therapy.

Nowadays, the exaggerated consumption of food rich in fat and sugar in detriment of food rich in fiber (soup, fruit, vegetables) and low water intake favour the hardening of the stools and, consequently, lead to the appearance of constipation.

Feces are made up of the part of food that is not assimilated, mainly composed of fiber, which has the ability to absorb water from the intestine. The time this process takes determines the water content in the stool and, whenever there is a longer delay in bowel function, they become harder, causing constipation.

Thus, there is not one single cause, and it is usually due to a combination of different circumstances:

- A low-fiber diet;
- Excessive intake of dairy products (reduce the intestine metabolism and bowel movements);
- Insufficient fluid intake (promotes the formation of hard stools);
- Not going to the bathroom when you feel like it, which occurs in several situations: games, public toilets, shame, pain, etc;
- Secondary effect of taking some drugs;
- Presence of an acute illness that changes the normal pattern of defecation of the child/young adult, triggering the entire process;
- Emotional causes: toilet or potty phobia, transition to nursery or school, rejection of school toilets, forced learning to control sphincters, birth of a sibling, family problems, depression or even sexual abuse.

## When should you take your child to the paediatrician?

Parents should seek observation by the paediatrician if:

- The child has not had a bowel movement for several days;
- There is blood in the stools
- The child has very severe stomach pain
- Complaints are continuous and persistent

In cases of persistent constipation, the assistant paediatrician should be consulted. When measures of general prevention and additional care with diet and exercise do not solve the constipation of the child/adolescent, it may be necessary to resort to the use of laxatives.

In cases where treatment has already been established, but the response was not as expected, a more complete study involving a series of complementary tests may be necessary. In these cases, it is advisable to ask your paediatrician for advice and consider referring to a paediatric gastroenterologist.

After the diagnosis of constipation, the next step is to search for warning signs, which may indicate whether the constipation has a functional etiology or not. This assessment is clinical, and additional tests are not usually necessary.

## What should parents do?

- **Hydration:** Promote the daily intake of a large amount of fluids. Do not substitute fruit for juices, as they have almost no fiber.
- **Diet:** Ensure that the diet is as balanced as possible, including high fiber food such as fruit (eg: apple, pear, nuts, kiwi fruit), vegetables (eg: beans, sweet potatoes), high fiber cereals, and soup. Avoid excessive consumption of constipating food (eg: milk and dairy products, rice, bananas, carrots)
- **Physical exercise:** Encouraging the regular practice of physical activity can promote the intestine metabolism and, by strengthening the muscles, facilitate the act of defecation.

- **Daily Routines:** Try to create routines - reinforce that the child/adolescent gets used to going to the bathroom every day, preferably at the same time, ideally 15 to 60 minutes after a meal, to take advantage of the gastrocolic reflex (triggered by food intake and which stimulates intestinal motility), which aids in the bowel movements.
- **Posture:** Seek that the child/adolescent adopts a comfortable and adequate position to facilitate defecation. If necessary, toilet reducers can be used so that the feet can be firmly supported, and all the necessary muscles can be used in the defecation maneuver.
- **Psychological support:** Constipation, even with an underlying organic/function, can be associated with or even trigger situations of anxiety (in the child/adolescent and their family) and lead to behavioural changes, so it is essential to be aware and request this support whenever necessary.

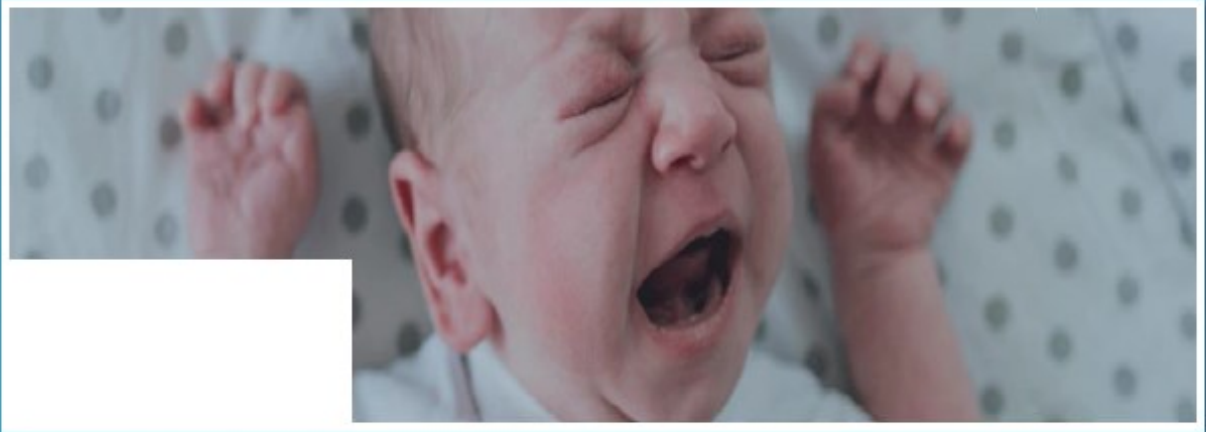
## How to prevent?

Its prevention essentially includes adopting healthy lifestyles, such as a high fiber diet, lots of fluids and regular exercise. Having time and privacy in the bathroom is very important, as well as not ignoring the stimulus for defecating.

In case of doubt, contact [REDACTED] healthcare professionals. You can also consult this information on the [REDACTED] website and “Tratamento da obstipação na infância” available in: <http://www.spgp.pt/media/1086/obstipacaopais.pdf>

APÊNDICE XXV – Cartaz Divulgativo “As Cólicas no Bebê”





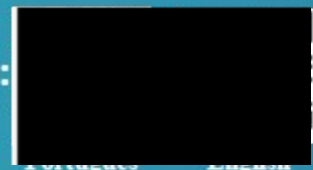
# AS CÓLICAS NO BEBÉ

O seu bebé tem cólicas  
frequentemente?  
Does your baby have colic?

Não sabe como  
intervir?  
You don't know what  
to do?



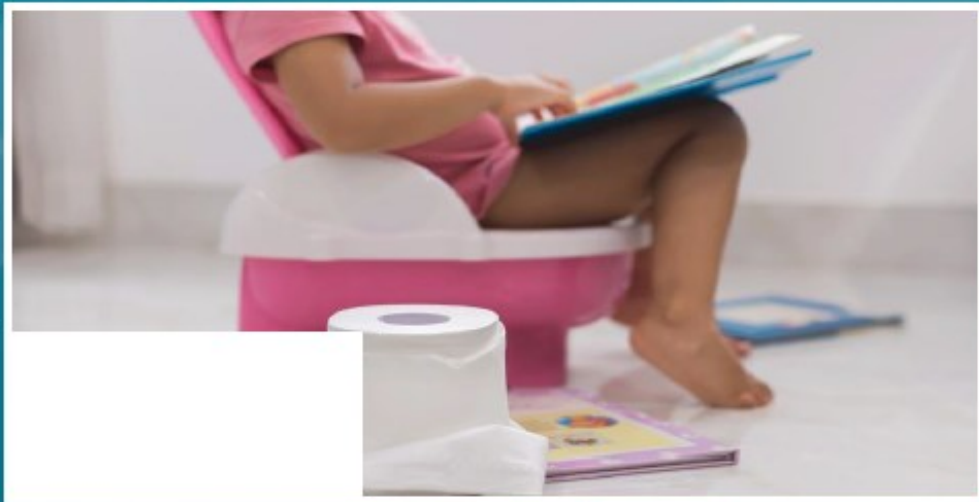
Para mais informações faça o scan deste QR Code:





APÊNDICE XXVI – Cartaz Divulgativo “Obstipação na Criança e Jovem”





# A OBSTIPAÇÃO NA CRIANÇA E JOVAM

O seu filho (a) sofre de prisão de ventre?  
Is your child constipated?

Não sabe como intervir?  
You don't know what to do?



Para mais informações faça o scan deste QR Code:



Português

English



APÊNDICE XXVII – Adaptação do trabalho da mestranda Ana Isabel Lopes: Documento Informativo “The Child’s Fever”



## The Child's Fever

### What's fever?

It is a symptom defined by the increase of the body temperature and it is a normal reaction of the body to defend itself against an infection caused by a virus or bacteria. It can also arise as a reaction to medications and/or vaccines.

### What are the symptoms?

It's very common in children's acute illness and is usually followed by shivering and cold extremities. Usually, the doctor recommends that parents wait 3 days, since it's the time necessary for the appearance of other symptoms that may help in the diagnosis.

However, there are three situations that requires you to seek medical attention immediately:

- Children under 3 months old;
- Persistent high fever;
- Appearance of other associated symptoms: prostration / drowsiness, moaning, skin patches, shortness of breath, change in behavior / consciousness, seizures, persistent vomiting or severe headaches.

### How to evaluate the body temperature?

To measure the body temperature, you need a thermometer. Currently, the most used are the digital ones that allow a quick measurement and with an audible signal at the end to indicate that it is finished.

The thermometer must be sanitized according to the manufacturer's instructions. Remember to keep the thermometer in its packaging and out of reach of children.

### Where to evaluate the body temperature?

There are several places where you can measure your child's temperature:

- Rectal
  - Recommended from birth to 3 years old;
  - Lay the child on his(her) back and insert the silver tip (about 1-2cm) of the thermometer into the anus – it can be lubricated and cannot be forced;
- Axillary region:
  - The least accurate method;
  - It is necessary to hold the child's arm and support him (her);
- Tympanic
  - The fastest method;
  - Recommended to children at least 3 years old;
- Oral:
  - Recommended from 4-5 years old and depending on the child's collaboration;
  - Should not eat/ drink at least on the last 30 minutes;
  - The silver tip is placed under the tongue and the mouth is always closed;
  - You must always wait 3 minutes.

The thermometer used for rectal evaluation should not be the same as the one used for oral evaluation – the thermometers must be identified to avoid exchanges.

### **How to tell if the child has a fever?**

The normal body temperature is usually between 36°C and 37.5°C. A child is said to have a fever when his temperature is as follows:

- Rectal temperature  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ;
- Tympanic or axillary temperature  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ;
- Oral temperature  $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ .

### **What is the treatment for fever?**

If your child has a fever, these are the measures to take to help lower the body temperature, and you should start them at home even if you are taking him(her) to the doctor:

- Lowering the child's body temperature:
  - In a small child, leave only the diaper on;
  - In an older child leave only a body or a t-shirt;
  - Give him(her) a warm bath.
- Administer antipyretics (if in doubt about the dosage, consult the pediatrician or the medicine package insert) - use the rectal administration for younger children and the oral administration for older children:
  - Acetaminophen (most used);
  - Ibuprofen (recommended from 6 months old) – intersperse with acetaminophen in case of fever less than 6 hours apart..

### **Doubts**

In case of doubt, contact [REDACTED] healthcare professionals. You can also consult this information on the [REDACTED] website: <https://www.cuf.pt/saude-a-z/febre-nas-criancas!>

APÊNDICE XXVIII – Adaptação do trabalho da mestranda Ana Isabel Lopes: “Pocket Thermometer”



## Pocket Thermometer

37°C

37,5°C

38°C

38,5°C

39°C



If temperatura  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ , you should:

- Start cooling the child's body (wear lighter clothes, bath in cool water);
- Regularly evaluate the body temperature

If temeptrature  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , you should:

- Keep cooling the child's body;
- Administer antipyretics (acetaminophen and/or ibuprofen).
- **Seek medical attention if:** Baby  $< 3$  months old, persistent high fever and/or new symptoms.



APÊNDICE XXIX – Adaptação do trabalho da mestranda Ana Isabel Lopes: Cartaz “The Child’s Fever”



Does your child  
have a fever?

# THE CHILD'S FEVER



Do you know how to  
evaluate the body  
temperature?

Do you know what  
to do when your  
child has a fever?



To know more, please  
scan the QR Code:





APÊNDICE XXX – Adaptação do trabalho da mestranda Ana Isabel Lopes: Documento Informativo “Child Vomiting”



## Child Vomiting

### What is vomiting?

Vomiting is a very common symptom in children. These are characterized by the output of liquid and/or solid content, normally food, in effort through the mouth. It is normal for a child to become prostrate and pale after an episode of vomiting, returning to normal activity within a short time.

It may be associated with other symptoms: fever, stomach pain, diarrhea and/or sore throat.

### Causes of vomiting?

Vomiting is usually an acute situation that in cases of lesser concern last 1-2 days. These can occur due to several reasons:

- Gastroenteritis (viral or bacterial infection of the gastrointestinal system);
- Food allergies (may have other symptoms, hives lesions, swelling of the face/lips/tongue, difficulty breathing);
- Intolerance to cow's milk protein (most common in babies);
- Other infections: urinary tract infection, otitis, meningitis, pneumonia;
- Gastroesophageal reflux;
- Appendicitis;
- Intense coughing;
- Motion sickness (car/ boat rides);
- Migraine;
- Head trauma.

### Warning Signs

Although vomiting is usually an acute situation, it is important to be alert and monitor the child, and you should go to the doctor whenever the child:

- Is very sleepy and/or prostrate and/or looking very sick;
- Do not move or be able to stand up;
- Persistently vomiting and not tolerating fluids;
- Show dehydration symptoms:
  - Dry mouth and tongue;
  - Cries without tears;
  - Decrease in the amount of urine.
- Shows brown/ green vomit or with the presence of blood;
- Shows other symptoms:
  - Very intense tummy ache;
  - Headache, rash or altered state of consciousness;
  - High fever and resistant to antipyretics;
- Is less than 3 months old and vomiting twice or more;
- Vomits the treatment that was given;

- Had other health problems: diabetes, head or abdominal trauma, cancer, transplanted child, child with sickle cell anemia.

### **What is the treatment for vomiting?**

The treatment for vomiting involves maintaining adequate hydration and monitoring the appearance of other warning signs. You should not force the child to eat, choosing to offer more fluids, following the following steps:

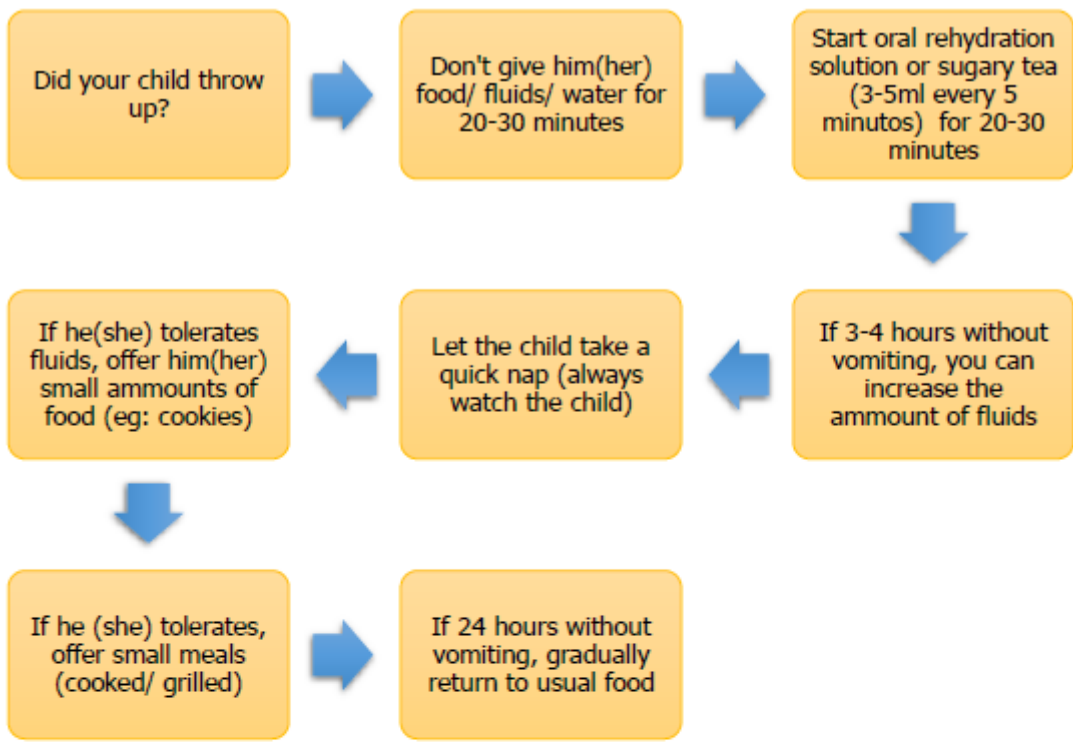
- After the child vomits it is important to take a break of 20-30 minutes without offering the child food or fluids, including water.
- Slowly start oral hydration, preferably with an oral hydration solution (you can find it on sale at the pharmacy):
  - Offer 3-5ml of oral rehydration solution every 5 minutes (for 20-30 minutes);
  - In babies you can offer breast milk in shorter feeds (5-10 minutes);
  - If you are unable to purchase an oral rehydration solution, choose a lightly sugared tea or iced tea.
- If the child does not vomit after 3-4 hours, you can gradually increase the amount of fluids;
  - During this time you should help the child taking a quick nap, as it helps relieving the need to vomit and promotes an empty stomach (monitor the child regularly during sleep);
- If the child starts tolerating fluids, you can offer small amounts of food (simple cookies, cooked fruit) and progressively move to small meals, opting for cooked / grilled foods depending on the foods the child has already introduced, avoiding excess fat and sugar;
- If the child does not vomit for 24 hours, they can progressively return to their normal diet.

### **Doubts**

In case of doubt, contact [REDACTED] healthcare professionals. You can also consult this information on the [REDACTED] website: [https:// \[REDACTED\]](https://[REDACTED]) and [https://w \[REDACTED\]](https://w[REDACTED])

APÊNDICE XXXI – Adaptação do trabalho da mestranda Ana Isabel Lopes: Fluxograma  
“Child Vomiting”





It's important to promote hydration, to not force the child to eat and to watch out warning signs to go to the pediatrician.

**To learn more, please scan the QR Code**



APÊNDICE XXXII – Adaptação do trabalho da mestranda Ana Isabel Lopes: Cartaz  
“Child Vomiting”



**Is your child  
vomiting?**



# CHILD VOMITING

**Do you know  
what to do?**

**Do you know the  
warning signs to seek  
medical attention?**




To learn more, please  
scan the QR Code:





APÊNDICE XXXIII – Sessão Formativa “A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Promoção da Saúde em Urgência Pediátrica”





## A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Promoção da Saúde em Urgência Pediátrica

Trabalho realizado por:  
Marco Cabeça, Nº 145

Professora Orientadora: Profª Doutora Silveira  
Enfermeira Orientadora: Enfª

1

## Índice

- 1. Diagnóstico da Situação
- 2. A Cólica no Recém-nascido e Lactente
- 3. A Obstipação na Criança e Jovem
- 4. Outros trabalhos
- 5. Conclusão
- 6. Apreciação

3

## Objetivo

- Apresentar o trabalho desenvolvido ao longo do estágio no Atendimento Permanente Pediátrico

2

## Diagnóstico da Situação

- A cólica no recém-nascido e lactente
- A obstipação na criança e jovem
- Barreira linguística



4

## A Cólica no Recém-nascido e Lactente

- O que são cólicas?
- Como intervir?
- Realização de massagem abdominal
- Sinais de alarme



5

## A Cólica no Recém-nascido e Lactente




7

## A Cólica no Recém-nascido e Lactente




Documento Informativo (Pt)

Livrinho (Pt)

6

## A Obstipação na Criança e Jovem

- O que é obstipação?
- Quais são os principais sintomas?
- Quais as principais causas?
- Quando recorrer ao pediatra?
- Como intervir?
- Como prevenir?



8

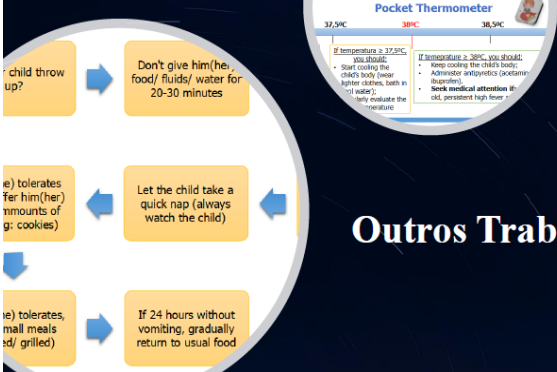
## A Obstipação na Criança e Jovem



Documento Informativo  
(Pt e En)

Fol 9  
(Pt

## Outros Trabalhos



11

## A Obstipação na Criança e Jovem



10

## Conclusão

- Oportunidades de promoção da saúde
- Cuidados Centrados na Família
- Cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis

12

## Apreciação

<https://forms.gle/mj6e3ai2r2vSBycc7>



13

## Muito obrigado a todos!



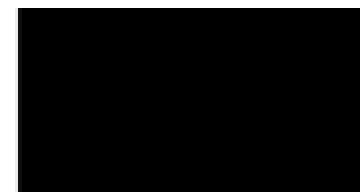
14

APÊNDICE XXXIV – Plano de Sessão Formativa “A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Promoção da Saúde em Urgência Pediátrica”





## Plano de Sessão



**Apresentação:** A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Promoção da Saúde em Urgência Pediátrica

**Nº de Sessões:** 1

**Destinatários:** Equipa de Enfermagem das Unidades de Pediatria

**Orador:** Enfermeiro Marco Cabeça (Aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

**Objetivo:** Apresentar o trabalho desenvolvido ao longo do estágio no Atendimento Permanente Pediátrico

**Indicadores de Avaliação:**

- Pelo menos 50% dos elementos da equipa de enfermagem responder ao instrumento apreciativo disponibilizado

<b>Etapa</b>	<b>Conteúdo Programático</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Material</b>	<b>Tempo Previsto</b>
<b>Introdução</b>	Índice Objetivo da apresentação	Apresentação de diapositivos realizada em Microsoft PowerPoint™ com complemento de gravação audio	Computador	1 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Diagnóstico da Situação A Cólica no Recém-nascido e Lactente <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conteúdo informativo desenvolvido</li> <li>• Apresentação do documento informativo e do livrinho “As Cólicas no Bebê”</li> <li>• Apresentação do Cartaz “As Cólicas no Bebê”</li> </ul> A Obstipação na Criança e Jovem <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conteúdo informativo desenvolvido</li> <li>• Apresentação do documento informativo e do folheto “A Obstipação na Criança e Jovem”</li> <li>• Apresentação do Cartaz “A Obstipação na Criança e Jovem”</li> </ul> Outros Trabalhos			6 min
<b>Conclusão</b>	Conclusão Disponibilização do link para as questões de feedback apreciativo			2 min

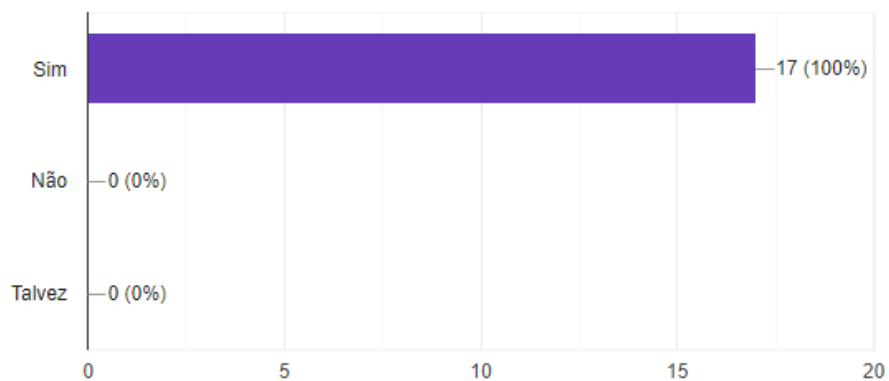
APÊNDICE XXXV – *Feedback* obtido da Equipa de Enfermagem através do Instrumento  
Apreciativo da Sessão Formativa “A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Promoção  
da Saúde em Urgência Pediátrica”



### Resposta da equipa de enfermagem à questão 1

Considera pertinente as temáticas abordadas ("A Cólica no Recém-nascido e Lactente" e "A Obstipação na Criança e Jovem") ao longo deste estágio?

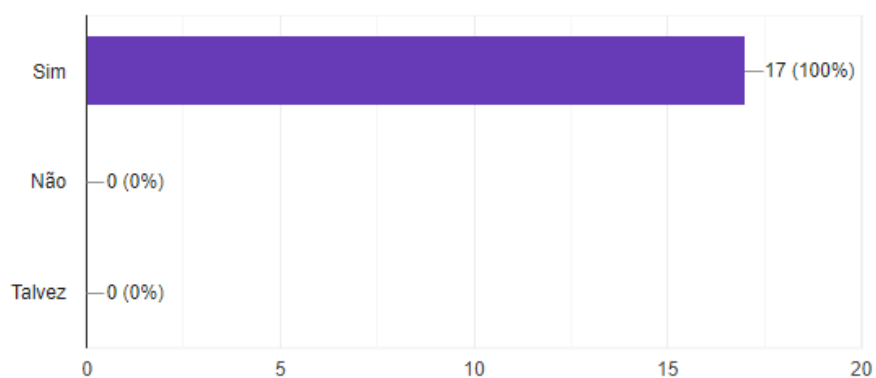
17 respostas



### Resposta da equipa de enfermagem à questão 2

Considera pertinente que seja disponibilizada informação esclarecedora aos pais sobre como intervir nestas problemáticas?

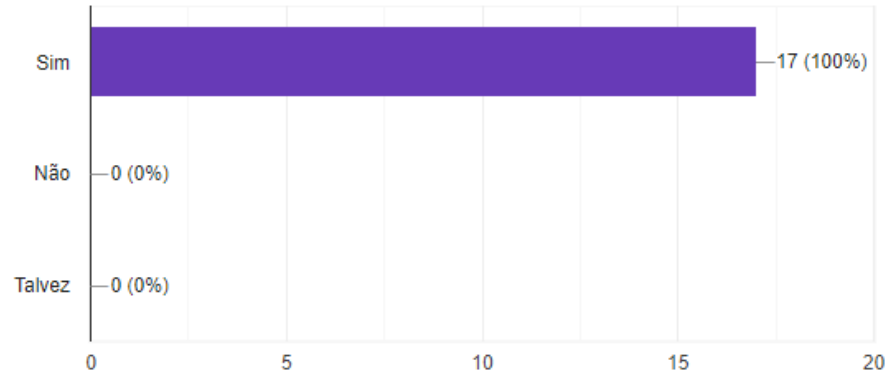
17 respostas



### Resposta da equipa de enfermagem à questão 3

Considera pertinente que seja disponibilizada a informação aos pais em suporte digital?

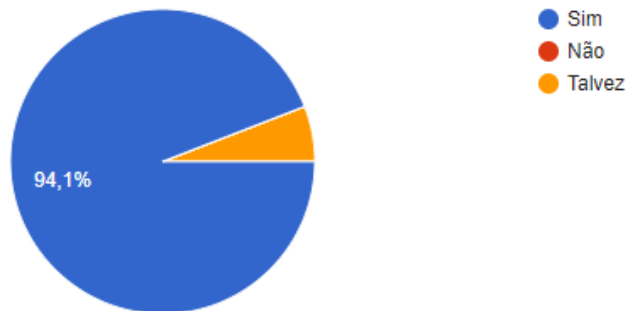
17 respostas



### Resposta da equipa de enfermagem à questão 4

Considera pertinente a adaptação dos documentos de apoio aos ensinos para inglês?

17 respostas



APÊNDICE XXXVI – Documento Informativo do Projeto “Sexualidade Saudável na Adolescência”



# “Sexualidade Saudável na Adolescência”



Realizado por: Marco Cabeça

Com a colaboração da Equipa de Enfermagem

Dezembro 2021

# ÍNDICE

Página

SEXUALIDADE SAUDÁVEL NA ADOLESCÊNCIA – Guião do Projeto.....	3
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
A ADOLESCÊNCIA.....	5
A Puberdade.....	5
Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson.....	7
Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget.....	8
Teoria do Desenvolvimento Moral de Kohlberg.....	9
Desenvolvimento Espiritual.....	9
Desenvolvimento Social.....	10
INTERAÇÃO SOCIAL NA ADOLESCÊNCIA.....	11
PROMOÇÃO DA SEXUALIDADE SAUDÁVEL NA ADOLESCÊNCIA	
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	14
SEXUALIDADE SAUDÁVEL NA ADOLESCÊNCIA.....	16
Desenvolvimento do autoconceito e da autoimagem.....	19
Resposta Sexual Humana.....	19
A Sexualidade e o Afeto.....	21
Violência no Namoro.....	23
Gravidez na Adolescência.....	25
O Aborto e a Interrupção Voluntária da Gravidez.....	26
Contraceção e Métodos Contracetivos.....	28
Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

# “Sexualidade Saudável na Adolescência”

- Guião do Projeto -

**Nome do Projeto:** Sexualidade Saudável na Adolescência.

**Descrição do projeto:** Realização de sessões formativas online/ presencialmente a adolescentes, com exposição de conteúdo informativo sobre as diversas temáticas relacionadas com a sexualidade na adolescência.

**População-alvo:** Adolescentes dos 15-19 anos abrangidos pela área de intervenção da USF

**Critério de seleção da população alvo:** Foram escolhidos adolescentes entre os 15 e os 19 anos, pelo facto de ser a faixa etária onde foi identificado maior número de comportamentos sexuais de risco.

**Constituição do grupo-alvo:** Grupos de 15-20 adolescentes.

**Objetivo Geral:** Promover e desenvolver o conhecimento da população juvenil abrangida pela USF sobre comportamentos sexuais saudáveis na adolescência.

## **Objetivos Específicos:**

Que os adolescentes participantes sejam capazes de:

- Compreender os conceitos de sexualidade e afeto
- Identificar sinais de alerta para a violência no namoro
- Compreender o impacto da gravidez na adolescência
- Compreender como se pode proceder à IVG e o impacto na vida da(o) adolescente
- Compreender a importância do uso de métodos contraceptivos
- Identificar diversos métodos contraceptivos e quais as suas vantagens e desvantagens
- Compreender o impacto das Infecções Sexualmente Transmissíveis e como prevenir

**Recursos:** Computador (Microsoft PowerPoint, Microsoft Word), Projetor, material de apoio necessário (p.e. métodos contraceptivos).

**Metodologia:** Partilha/ Exposição de apresentação de diversos temas relacionados com a adolescência na sexualidade, com complemento de informação adicional pelo orador. Pretende-se um discurso aberto, direto e objetivo, com uma terminologia simples, porém correta, evitando que seja demasiado técnico-científica ou com recurso a jargões. Deve-se optar por um discurso tendencialmente informal, com o objetivo de tornar a sessão mais apelativa para o adolescente e de o incentivar a envolver-se e participar ativamente.

Ao longo da sessão serão proporcionados momentos de partilha de opiniões/ experiências e/ou de esclarecimento de dúvidas. No final, serão disponibilizados os contactos da equipa de enfermagem da USF do Mosteiro para que os jovens possam privada e individualmente esclarecer dúvidas e contactar com os elementos da equipa.

A informação transmitida aos adolescentes deve ser correta e imparcial, para que o adolescente se sinta confortável quando colocar questões ou partilhar experiências, sem sentir que será julgado e/ou discriminado.

Importante oferecer ao adolescente a oportunidade de conversar em privado caso o adolescente sinta essa necessidade. Disponibilizar apoio após a sessão formativa.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### A ADOLESCÊNCIA

A adolescência é o período de transição entre a infância e fase adulta. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é definida como o período entre os 10 e 19 anos de idade, sendo marcado pelo amadurecimento, crescimento e desenvolvimento cognitivo, físico, social e emocional acelerados, onde estilos de vida condicionam o estado nutricional. Além disso, representa para o indivíduo um processo de distanciamento de formas de comportamento e privilégios típicos da infância e de aquisição de características e competências que o capacitam para a assumir os deveres e papéis sociais do adulto.

São usados outros termos para se referir a este estágio de desenvolvimento e crescimento do ser humano, tal como “puberdade”, que se refere ao processo hormonal e do crescimento que ocorre quando os órgãos reprodutores e as características sexuais se começam a desenvolver. Deste modo, a adolescência refere-se ao processo psicológico e social iniciado pelas mudanças características da puberdade. A adolescência pode assim ser dividida em duas fases: pré-adolescência (10-14 anos) e adolescência (15-19 anos).

#### **Puberdade**

A puberdade inicia-se geralmente mais cedo no sexo feminino do que no sexo masculino, porém cada indivíduo é diferente e desenvolve-se ao seu ritmo. A idade média para o início da puberdade no sexo feminino é 10,5 anos, enquanto no sexo masculino se dá aos 12,5 anos.

	<b>limites</b>	<b>média</b>
<b>Raparigas</b>	8 a 13 anos	10,5 anos
<b>Rapazes</b>	9 a 14 anos	12,5 anos

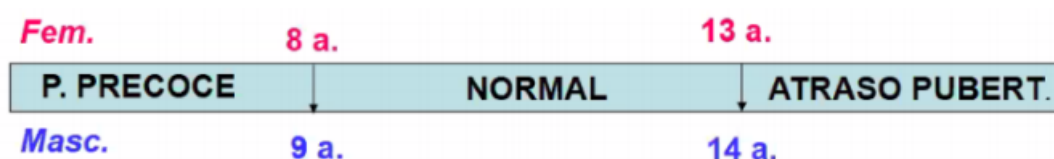
Existem diversos fatores que podem influenciar a puberdade:

- Genéticos e sociais: etnia, família, puberdade dos pais, género...;
- Geográficos: altitude, temperatura, luminosidade...;
- Estado nutricional:
- Antecedentes pessoais:
- Stress: doenças agudas e/ou crónicas, problemas psicológicos, desporto de alta competição...;
- Exposição a tóxicos ambientais

O desenvolvimento físico que ocorre na puberdade caracteriza-se pelo desenvolvimento da pilosidade púbica, desenvolvimento mamário e dos órgãos genitais, tal como descrito nos Estágios de Tanner. Na puberdade é característico do sexo feminino a menarca (primeira menstruação), ginecomastia e crescimento da pilosidade púbica, enquanto no sexo masculino é característico a ejaculação (primeira ejaculação), crescimento da pilosidade púbica e barba, ginecomastia e mudança da voz.

ESTÁDIOS	P (PILOSIDADE PÚBLICA)	M (DESENVOLVIMENTO MAMÁRIO)	G (ÓRGÃOS GENITAIS)
1	Pré-púbere: ausente	Pré-púbere	Pré-púbere; Testículos $\pm 2,5$ ml
2	Alguns pêlos longos; Pigmentados	Botão mamário	Aumento dos testículos (volume $\geq 4$ ml); Pigmentação do escroto
3	Pêlos escuros, encaracolados, > quantidade	Mama e aréola maiores	Alongamento do pénis; testículos maiores
4	Pêlos tipo adulto; não atingem a face interna das coxas	Aréola e mamilo destacam-se do contorno da mama	Alargamento do pénis; pregueamento da pele do escroto
5	Distribuição tipo adulto	Morfologia adulta; mama e aréola no mesmo plano	Tipo adulto; volume testicular: 15-25 ml

A puberdade pode apresentar duas variações: a puberdade “avançada” (início aos 8-9 no sexo feminino e aos 9-11 no sexo masculino) e o atraso pubertário simples (início aos 12-13 anos no sexo feminino e aos 13-14 no sexo masculino).



A população-alvo destas sessões apresentar-se-á geralmente pelo menos no estágio 3 de Tanner, dado a faixa etária selecionada. Paralelamente ao desenvolvimento sexual existe também um crescimento físico, inicialmente das mãos e pés, posteriormente membros, depois tronco e por fim, do tórax, atingindo a altura definitiva.

### **Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson**

De acordo com a Teoria Psicossocial de Erikson, o adolescente encontra-se no 5º estágio de desenvolvimento, designado “Identidade x Confusão”. Nesta fase é característico a crise de desenvolvimento da adolescência que leva à formação do senso de identidade.

O adolescente começa a perspetivar-se como distinto, único e singular, diferentes dos outros indivíduos. Durante a adolescência, o indivíduo enfrenta a crise de identidade no grupo x alienação, pretendendo atingir a autonomia na família e desenvolver o senso de identidade pessoal, ao contrário de confusão referente ao seu papel. É essencial ao desenvolvimento de uma identidade pessoal, que o adolescente identifique o seu papel enquanto membro da família e do grupo de pares.

É normal durante o estágio inicial da adolescência que o adolescente considere essencial pertencer a um grupo no qual possa ter *status*, uma vez que o ajuda a estabelecer e identificar o seu papel, bem como a identificar diferenças entre ele e os pais, adotando a língua, música, dança e estilo de roupa do grupo em que se insere. A procura pela sua própria identidade é um processo contínuo e ser diferente pode significar não ser aceite e estar alienado desse grupo.

A consciência corporal faz parte da autoconsciência, pelo que os adolescentes têm em consideração as relações entre eles e com outras pessoas no passado, bem como o que podem esperar futuramente das relações novas/ atuais. Além disso, a família do adolescente tem naturalmente expectativas de comportamento para o adolescente, que podem ser por vezes persistentes, motivo pelo qual o adolescente tenta também encontrar e definir o seu papel dentro da sua família.

O estado emocional do adolescente é suscetível de oscilações, alternando entre comportamentos e atitudes demonstrativas de maturidade e comportamentos e atitudes infantis, podendo estar neste momento feliz e entusiasmado, mas daqui por breves momentos sentir-se isolado e deprimido. É importante reconhecer que estas oscilações no seu estado de humor e emocional são comuns nesta fase de desenvolvimento do indivíduo.

O processo de desenvolvimento da sua identidade pessoal requer tempo e é repleto de momentos de confusão, sendo característico desta fase de desenvolvimento a questão-chave “Quem sou eu?”. No entanto, à medida que o adolescente gradualmente se define enquanto pessoa e identifica o seu papel, surgirá uma identidade positiva. No pólo negativo desta fase de desenvolvimento da Teoria Psicossocial, está a difusão de papel, na qual o adolescente é incapaz de formular uma identidade satisfatória a partir de uma multiplicidade de aspirações, papéis e identificações.

Fatores que podem contribuir para a difusão/ confusão de identidade são: a perda de laços familiares e falta de apoio no crescimento; as expectativas parentais e sociais divergentes do grupo de pares; as dificuldades em lidar com a mudança; a falta de laços sociais exteriores à família (que permitem o reconhecimento de outras perspectivas) e o insucesso no processo de separação emocional entre a criança e as figuras de ligação.

### **Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget**

De acordo com a Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget, a partir dos 12 anos o indivíduo entra no estágio operatório formal. Neste estágio, o pensamento cognitivo desenvolve-se e culmina na capacidade de pensamento abstrato, no qual o adolescente é capaz de pensar e refletir sobre algo que não seja restrito ao real.

Após esta fase do desenvolvimento cognitivo, o adolescente é capaz de imaginar uma sequência de eventos e pensar quais as possibilidades decorrentes desses eventos, ou seja, como as suas decisões (p.e. deixar a escola) podem influenciar o seu futuro, como a relação com os pais pode influenciar a sua vida.

No pensamento operatório formal, o pensamento do adolescente é gradualmente mais científico e influenciado por princípios lógicos, em vez de apenas as suas próprias experiências e percepções, conseguindo gerir mentalmente mais de duas categorias de variáveis ao mesmo tempo (p.e. avaliar a coerência lógica e consistência em várias afirmações, questionar porque os pais que insistem no desenvolvimento de um determinado valor, mas não o demonstram). O adolescente é também capaz de se pôr no lugar do outro, pensando qual a opinião do outro sobre si e quais os pensamentos do outro, ou seja, é dotado da capacidade de entender que os conceitos não são absolutos e que são influenciados por outros e que ao mesmo tempo também influenciam.

## **Teoria do Desenvolvimento Moral de Kohlberg**

O adolescente, ao contrário da criança nas anteriores fases de desenvolvimento, desenvolve autonomamente o seu próprio conjunto de valores e código moral. Se os seus antigos princípios forem questionados, mas valores novos independentes ainda não surgiram, o adolescente procurará um código moral que preserve sua integridade pessoal e oriente seu comportamento.

É característico no final da adolescência que o adolescente consiga assumir o papel do outro e o questionamento dos valores morais e a sua relevância para si e para o meio que o rodeia e sociedade. O adolescente compreende também os conceitos de responsabilidade, dever e justiça e é capaz de questionar o código moral do outro quando confrontado com situações em que o outro não age de acordo com esse código moral.

## **Desenvolvimento Espiritual**

Graças à sua intensidade emocional, muitas vezes o adolescente mantém o seu pensamento e as suas emoções para si próprio, com receio de que não seja entendido, o que dificulta o processo do outro saber o que ele está a pensar. Como tal, é importante que se crie um ambiente de apoio onde o adolescente se sinta confortável e sinta liberdade para partilhar os seus pensamentos e emoções, que perspetiva como únicos.

Na fase final da adolescência o adolescente reavalia e define o seu próprio conjunto de crença, valores e morais, sendo comum a alteração das convicções religiosas. Níveis maiores de religiosidade e espiritualidade estão geralmente associados a menos comportamentos de risco e a mais comportamentos saudáveis. O enfermeiro tem a capacidade de intervir, proporcionando ao adolescente a oportunidade de discutir e refletir sobre a espiritualidade e os comportamentos de risco/ saudáveis.

## **Desenvolvimento Social**

Durante a adolescência o indivíduo começa a conhecer-se e identificar o seu papel na família e na sociedade. Ao longo deste processo de desenvolvimento e amadurecimento, o adolescente pretende crescer e sentir-se livre e autónomo, porém ao mesmo tempo, sente-se inseguro à medida que começa a entender as responsabilidades inerentes a esta liberdade.

É comum o adolescente demonstrar sentimentos de imortalidade e invulnerabilidade através de comportamentos de risco. Embora estes comportamentos possam ser perspetivados como negativos, são importantes para o desenvolvimento do adolescente.

A adolescência é uma fase de intensa sociabilidade, de momentos de solidão e sensação de isolamento de igual intensidade. A aceitação dos pares, o amor seguro e apoio não discriminativo/ repreensor da família são essenciais para o crescimento e desenvolvimento do adolescente.

# INTERAÇÃO SOCIAL NA ADOLESCÊNCIA

## **Relacionamento com os pais**

O comportamento do adolescente tem como principal objetivo identificar e definir o seu papel e tornar-se autónomo e independente. Estes comportamentos são frequentemente causadores de discussão com os pais. Resultante destas discussões, devido à imprevisibilidade e insegurança na avaliação de situações e julgamento racional do adolescente, os pais acabam geralmente por impor regras e restrições. Atualmente, alguns dos temas de discussão entre o adolescente e os pais são: o uso/ acesso a telemóvel e/ ou redes sociais, boa educação e comportamentos (des)respeitosos, relacionamento com os pares, “sair” com os pares e respetivo horário de regresso a casa, realização de tarefas de em casa, relacionamentos amorosos e consumo de álcool e/ou drogas.

Gradualmente o adolescente passa cada vez mais tempo fora de casa e das atividades familiares, passa mais tempo junto dos seus pares e deixa de partilhar abertamente certos assuntos privados com os pais, apesar destes continuarem a ter um papel importante na sua tomada de decisão.

À medida que o adolescente afirma a sua identidade e demonstra a sua maturidade, responsabilidade e autonomia, os pais demonstram gradualmente mais confiança no adolescente, concedendo-lhe maior liberdade.

Os pais têm, influência direta nos comportamentos sexuais e de consumo de substâncias e devem ser aconselhados respeitar a privacidade do adolescente, mostrar interesse sincero pela sua vida e interesses e, a adotar um estilo de parentalidade no qual a sua autoridade é utilizada para guiar o adolescente nas suas escolhas e comportamentos, permitindo ao mesmo tempo que desenvolva a sua autonomia e liberdade.

## **Relacionamento com os pares**

Os adolescentes são sociáveis e formam grupos de pares em quem confiam e que têm influência na sua autopercepção e comportamento. Para se integrarem num grupo, os adolescentes tendem a adotar as características desse grupo, como a forma de vestir, falar, gostos musicais... A escola tem um papel importante no relacionamento com os pares, uma vez que se constitui como um foco da sua vida social e no qual se distribuem numa hierarquia social.

Um senso comum de vínculo social e com a escola no grupo de amigos está geralmente associado a um maior aproveitamento escolar, humor positivo e menos comportamentos de risco. Este vínculo com a escola está relacionado com a existência de professores atenciosos e a inexistência de preconceitos e discriminação por parte dos elementos do grupo.

Os grupos de amigos são geralmente formados por elementos do mesmo sexo, sendo que as jovens tendem a ter uma maior necessidade de amizades íntimas e a ser menos criteriosas na escolha dos seus elementos do que os jovens.

## Interesses e novas tecnologias

À medida que se desenvolvem, os adolescentes tendem a estar mais envolvidos em atividades de lazer, que cada vez menos são no contexto familiar e cada vez mais com os seus pares. Estas atividades promovem a satisfação e o desenvolvimento das competências sociais, físicas e cognitivas do adolescente, além de darem a oportunidade de o adolescente demonstrar autonomia e competência na gestão do seu tempo e das suas prioridades.

Na atualidade, as redes sociais, media e a tecnologia têm cada vez maior importância na vida do adolescente, sendo para muitos adolescentes considerado algo indispensável às suas vidas. As novas tecnologias e principalmente as redes sociais, desde Facebook, Twitter, Instagram, chatrooms... permitem aos adolescentes interagirem com os seus pares a qualquer momento, de diversas formas (mensagens, chamadas, vídeochamadas...).

Os adolescentes entre os 15 e os 19 anos fazem parte da “Geração Z” (nascidos entre 1996 e 2010), sendo designados de “centennials”, cresceram num período da era moderna em que em que a tecnologia é algo inato e o telemóvel é o dispositivo preferencial para exprimirem a sua opinião, uma necessidade característica desta geração. Esta geração de adolescentes dá especial atenção a conteúdos curtos e mais visuais, como vídeos, fotos e jogos, conseguindo aprender de forma autónoma, de várias maneiras e com vários focos.

Contudo, apesar das vantagens que as novas tecnologias apresentam no desenvolvimento e interação entre os adolescentes, também surgem possíveis riscos/consequências individuais, familiares, sociais e digitais inerentes ao seu uso. O uso das novas tecnologias e as redes sociais expõem o adolescente a riscos como redes ilegais e criminosas, *cyberbullying* e grandes deceções, graças à facilidade de acesso e permitir o anonimato e comunicação em tempo real. Além disso, promove também o desenvolvimento de perturbações da ansiedade e comportamentos que podem desencadear alterações físicas como: fadiga ocular, Síndrome do Túnel do Carpo, transtorno do sono, perda de audição, sedentarismo e eventualmente consumo de drogas e medicamentos.

Atualmente o adolescente precisa de aprender a conciliar e gerir o tempo entre escola, atividades e interesses e as suas responsabilidades. Começar a trabalhar, mesmo que em *part-time*, pode ser benéfico precisamente para promover a gestão de prioridades e tempo e promover a sua autonomia e liberdade.

## **PROMOÇÃO DA SEXUALIDADE SAUDÁVEL**

### **NA ADOLESCÊNCIA**

#### **INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA**

Na atualidade os adolescentes passam cada vez mais tempo em frente a um ecrã e a usufruir das redes sociais disponíveis. Os estudos demonstram os adolescentes cujos pais limitam o tempo de acesso a redes sociais e ecrã, têm menor probabilidade de iniciar a sua vida sexual precocemente.

Cada vez mais os adolescentes utilizam os dispositivos eletrónicos para experimentação sexual *online*, por exemplo através de fotografias ou mensagens explícitas. É importante reconhecer que os adolescentes ao iniciarem a troca deste género de conteúdo/informação estão a expor-se a perante informações/ perfis que podem ser de uma pessoa que não aquela com quem pensam que estão a comunicar, ou a correr o risco de que a informação de cariz sexual que trocam seja exposta publicamente.

Para se discutir e promover a sexualidade saudável com o adolescente, o enfermeiro deve compreender os aspetos fisiológicos da sexualidade e conhecer os valores culturais e aspetos sociais do grupo de adolescentes em que está a intervir.

É importante abordar e esclarecer dúvidas sobre diversos temas como: métodos alternativos de satisfação sexual além da penetração, como resistir à pressão dos pares, como evitar a contração de uma infeção sexualmente transmissível, como praticar “sexo seguro”, o impacto da gravidez e aborto na adolescência, a importância do afeto e impacto da violência no namoro.

O planeamento de projetos promotores de saúde pode ser benéfico não só para o adolescente, mas também para os pais que apresentam dificuldade em abordar esta temática com os seus filhos, esclarecendo dúvidas, aconselhando como lidar com a temática da sexualidade na adolescência e promovendo a adoção de comportamentos sexuais saudáveis e responsáveis.

Através da promoção da sexualidade saudável na adolescência, o enfermeiro promove o conhecimento e o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão e resolução de problemas de forma racional e consciente por parte do adolescente. Deste

modo, o enfermeiro está a capacitar o adolescente das ferramentas que necessita para ser capaz de antecipar os resultados positivos e negativos das suas decisões relativamente a comportamentos sexuais, tornando-se futuramente num adulto sexualmente responsável.

Assim, a intervenção do enfermeiro na promoção da sexualidade saudável na adolescência permite que o adolescente compreenda o impacto que a sua tomada de decisão racional, consciente e responsável pode ter na sua saúde e experiência de uma vida sexual positiva.

# SEXUALIDADE SAUDÁVEL NA ADOLESCÊNCIA

## A Sexualidade na Adolescência

A sexualidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como multidimensional e manifesta-se a nível físico, psicológico e social, bem como nos planos económico, político e cultural.

A adolescência é uma fase fulcral no desenvolvimento da sexualidade devido às mudanças biológicas, hormonais, cognitivas e sociais que ocorrem. A atividade sexual é cada vez mais comum na adolescência, sendo que os adolescentes iniciam a sua vida sexual cada vez mais cedo. Os últimos estudos indicam que os jovens portugueses estão a iniciar a sua vida sexual em média, entre os 14 e os 15 anos.

Os dados do Health Behaviour in School-aged Children português (2014) mostram que a maioria dos adolescentes (87.2%) até ao 10º ano de escolaridade ainda não tinha iniciado a atividade sexual. Contudo, a percentagem de adolescentes acima do 10º ano que já tinham iniciado atividade sexual era muito superior.

O início precoce de atividade sexual tem um impacto negativo na saúde do adolescente, na sua auto percepção e na relação com o outro e está também associado a fatores de risco para o consumo de substâncias ilícitas, insucesso escolar e distúrbios da saúde mental. Atualmente as principais razões para os jovens “adiarem” o início da sua vida sexual são: crenças religiosas ou morais, o desejo de adiar a maternidade e “ainda não terem encontrado a pessoa certa”.

As mudanças decorrentes da influência hormonal (ejacularca/ menarca, desenvolvimento pubertário, masturbação, ...) têm um impacto profundo na sua autoimagem e auto percepção corporal. O desenvolvimento do pensamento operacional permite que o adolescente seja cada vez mais competente na tomada de decisão relativamente a aspetos e comportamentos sexuais.

Ao longo da adolescência, o jovem é cada vez mais competente a identificar e ponderar os riscos, benefícios e consequências da sua tomada de decisão e comportamentos sexuais. Deste modo, uma das tarefas mais importantes da adolescência é incorporar com êxito a sexualidade e relação próxima e íntima com o outro. A formação da identidade do adolescente, tal como abordado na Teoria Psicossocial de Erikson, pressupõe também o desenvolvimento da identidade sexual do adolescente, bem como o desenvolvimento da identidade emocional e social distante da família, intimamente relacionadas.

A masturbação permite ao adolescente a autoexploração sexual, conhecer o seu corpo e explorar as emoções e sensações associadas ao prazer sexual autodirigido, contudo, este comportamento é altamente influenciado por crenças e valores culturais aprendidos e expectativas quanto ao seu papel sexual.

É natural o adolescente começar a mudar o seu relacionamento com pares do mesmo sexo para pares do sexo oposto para iniciar um relacionamento íntimo. Esta relação com elementos do sexo oposto geralmente começa por atividades envolvendo amigos de ambos os sexos. A intimidade e grau de seriedade das relações com os parceiros variam, apresentando inicialmente um baixo nível de compromisso e de ligação romântica profunda.

Geralmente, os adolescentes tendem a opor-se à exploração, pressão ou violência sexual, bem como ao sexo, como simples meio para obter satisfação física/ prazer sexual, sem que haja um relacionamento pessoal. Contudo, atualmente, é cada vez mais frequente na adolescência, o relacionamento sexual sem o objetivo de desenvolver/ manter um compromisso íntimo amoroso.

Ao longo da adolescência e após as suas primeiras experiências sexuais, o adolescente desenvolve gradualmente a sua identidade sexual, com a qual idealmente se identificará.

A orientação sexual é também um aspeto muito importante da sexualidade do adolescente. Enquanto o sexo biológico se refere ao sexo definido biologicamente pelos cromossomas XY/XX presentes no ADN de cada indivíduo e aos órgãos genitais, hormonas e gónadas; a orientação sexual refere-se a como o indivíduo, neste caso, o adolescente, pensa e sente sobre si próprio e à sua efetividade e sexualidade e por quem se sente atraído emocional, afetiva e sexualmente. Estão atualmente identificadas diversas orientações sexuais, porém as predominantes são: a heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, assexualidade e pansexualidade.

A identidade de género é também um conceito importante de se esclarecer e que é diferente de orientação sexual. A identidade de género refere-se ao sentimento de o indivíduo se identificar com o género masculino, feminino, ambos ou eventualmente, nenhum dos géneros. O adolescente pode identificar-se como cisgénero (identifica-se com o próprio sexo biológico), transgénero (identifica-se com um género diferente do biológico) ou não-binário (se não se identificar com nenhum dos géneros).

Independentemente da orientação sexual, os adolescentes são geralmente capazes de manter uma relação íntima e satisfatória emocional e sexualmente com o outro. A orientação sexual inclui também diversos conceitos e dimensões como a atração, a fantasia e o

comportamento sexual. É normal que o adolescente (p.e.) heterossexual, apesar de se sentir atraído pelo sexo oposto, possa fantasiar com ambos os sexos. Além disso, a orientação sexual é também influenciada por fatores culturais, pelos grupos ou pares e outros contextos/ fatores ambientais.

A maioria dos adolescentes identifica-se como heterossexual. Porém, o adolescente pode identificar-se com outra orientação sexual, processo esse que pode ser complicado, especialmente quando a comunidade tende a reprovar outras orientações sexuais que não a heterossexualidade. Felizmente, a sociedade atual caminha positivamente no processo de aceitação e inclusão do indivíduo com uma orientação social não heterossexual.

O adolescente que tenha sofrido represálias ou qualquer tipo de perseguição ou violência relacionado com a escolha e aceitação da sua orientação sexual, pode reprimir-se e ser relutante relativamente à aceitação da sua própria orientação sexual e consecutivamente ser excluído/ excluir-se e apresentar comportamentos de risco.

O desenvolvimento da orientação sexual como parte da identidade sexual do adolescente inclui diversas etapas de desenvolvimento, que podem não ocorrer pela mesma ordem e da mesma forma para todos os adolescentes. As etapas do desenvolvimento da orientação sexual são:

- 1) consciencialização da atração romântica ou sexual pelo outro (mesmo sexo ou não);
- 2) a fantasia erótica com o outro;
- 3) relacionamento romântico sem atividade sexual;
- 4) início da atividade sexual
- 5) identificação da própria identificação sexual
- 6) assumir a sua orientação sexual perante a família/ pares
- 7) relacionamento sexual íntimo e comprometido com o outro

Geralmente, por diversos motivos (p.e. receio da não aceitação, represálias...) o adolescente que se identifique como homossexual ou bissexual tende a assumir a sua orientação sexual mais tarde. Contudo, como referido anteriormente, caminhamos para uma sociedade onde é cada vez mais possível que o adolescente se assuma e se sinta num ambiente de aceitação e inclusão.

## **Desenvolvimento do autoconceito e da autoimagem**

É expectável que ao longo da adolescência, o indivíduo desenvolva a sua autoimagem e autoconsciência enquanto futuros adultos, contudo é possível que percecionem algumas discrepâncias entre o seu ideal e as habilidades e competências reais.

Os adolescentes tendem a comparar-se uns com os outros, sentindo-se mais confortáveis quando são semelhantes aos seus pares. As alterações hormonais e alteração do estado emocional inerentes à adolescência podem fazer com que pequenas alterações no organismo (p.e. pápulas ou vesículas na face) desencadeiem sentimentos negativos no adolescente.

É importante compreender que nesta fase de desenvolvimento, a doença crónica ou incapacidade física podem ter um impacto devastador no desenvolvimento da autoimagem e gerador de stress no adolescente.

## **Resposta Sexual Humana**

O prazer e a satisfação estão diretamente relacionados com as fases do ciclo de resposta sexual humana., que é constituído por um conjunto de alterações no organismo, que são desencadeadas quando perante uma determinada estimulação.

A resposta sexual é constituída por diversas fases que seguem uma sequência previsível de alterações fisiológicas, independentemente da prática sexual, e que se distinguem claramente umas das outras. Ambos os sexos passam pelas mesmas fases no processo de resposta sexual, contudo, apresentam características diferentes, como o tempo de duração e duração do orgasmo. As fases da resposta sexual humana são: a fase de desejo, da excitação, do orgasmo e de resolução.

A fase de desejo está associada a um estado psicológico responsável pela motivação face a comportamentos de origem sexual, ou seja, é o estímulo/ impulso sensorial produzido pelo cérebro em resposta ao desejo sexual.

A fase de excitação é a consequência da estimulação sexual e é demonstrada de forma diferente no homem e na mulher, através da vasocongestão na região genital. Na mulher é evidente o aumento da lubrificação vaginal, aumento do clitóris e afastamento dos grandes lábios. No sexo masculino é possível identificar além da ereção masculina, a ligeira elevação e aumento de volume testicular.

A fase do orgasmo corresponde à sensação intensa de prazer sexual, acompanhada de diversas reações fisiológicas e que ocorre geralmente, no fim da relação sexual e que é experienciado de forma diferente para cada pessoa. Na maioria das vezes, o orgasmo e a ejaculação ocorrem em simultâneo, porém são acontecimentos distintos, uma vez que o homem pode atingir o orgasmo sem ejacular. No caso da mulher, na fase de orgasmos, a mulher experiencia um conjunto de contrações rítmicas dos músculos que rodeiam a vagina e útero. Além disso, é possível a mulher experienciar vários orgasmos sem que sinta uma diminuição do seu nível de excitação sexual.

Durante a fase de resolução, todas as alterações ocorridas durante a fase de excitação são revertidas e o corpo regressa ao estado de repouso. No homem ocorre uma gradual diminuição da ereção e do volume testicular. No caso da mulher, diminui a lubrificação vaginal e os lábios e clitóris tornam à sua aparência inicial. Este intervalo de tempo pode ser designado de período refratário. É comum a ambos os sexos a diminuição da frequência cardíaca, respiratória e diminuição da contração muscular.

## **A Sexualidade e o Afeto**

Ao contrário do que se pensa, a sexualidade não se refere apenas a sexo, mas também aos sentimentos e afetos envolvidos. Na adolescência o conceito de amor ganha uma maior importância na vida do indivíduo comparativamente às anteriores fases de desenvolvimento.

Muitos adolescentes consideram que ter namorado(a) é algo fulcral na adolescência. Contudo, apesar de ser importante viver estas emoções, é importante informar o adolescente de que não se apaixonar e ter um namorado(a) na adolescência é absolutamente normal e que não é motivo para se preocupar.

O amor é uma emoção humana muito intensa e complexa de definir, uma vez que cada indivíduo é diferente e experiencia esta emoção também de forma diferente. O amor está relacionado com três conceitos que se desenvolvem gradualmente numa relação:

- Atração – interesse físico e sexual entre duas pessoas. Responsável pelo desejo sexual que se sente por alguém, porém, não amamos todas as pessoas por quem nos sentimos atraídos;

- Proximidade – laço que se desenvolve quando se partilha sentimentos e pensamentos com alguém em específico. Uma grande parte da proximidade entre duas pessoas é a confiança;
- Compromisso – decisão de ambas as pessoas em se manterem próximas sem tempo definido, ultrapassando os bons e maus momentos da relação juntas.

É comum na adolescência as relações serem de curta duração, uma vez que o namoro pode ser perspectivado como uma forma de recreação e de ter um companheiro com quem participar em atividades, principalmente se a maioria do grupo de amigos estiverem/ já tenham estado numa relação. Para que uma relação seja forte e duradoura é importante que os adolescentes tenham em consideração que é essencial o respeito e apoio mútuo, a comunicação entre os dois elementos, a confiança, a honestidade, reciprocidade e igualdade, sem se esquecerem da privacidade e identidade individual.

Atualmente existem algumas concepções sobre o relacionamento com alguém, que o adolescente deve ter em consideração:

- Ter relações sexuais não implica que se está numa relação com essa pessoa, motivo pelo qual é importante que os dois elementos estejam a par da intenção do outro;
- As relações não são uma competição;
- O amor não é instantâneo. É um sentimento que se desenvolve ao longo da relação;
- Os dois adolescentes têm igual poder na relação e são responsáveis pelo seu desenvolvimento. É importante que ambos os elementos se esforcem um pelo outro para que tenham uma relação estável e responsável;

A pressão dos pares para que se perca a virgindade é algo que acontece com ambos os sexos. É importante salientar que decidir iniciar a vida sexual é uma decisão muito importante que apenas o adolescente deve tomar e que deve confiar no seu julgamento para decidir se é o momento certo e com a pessoa certa.

O adolescente deve saber que ter relações sexuais não traz somente possíveis consequências físicas, mas também emocionais, uma vez que os valores morais, crenças religiosas, cultura e educação e emoções de cada um são diferentes. Por este motivo é comum que numa relação entre dois adolescentes, um deles queira manter relações sexuais mais

frequentemente enquanto o outro não. Esta pressão num dos adolescentes pode ser geradora de stress prejudicial para a relação.

É importante lembrar que se o(a) adolescente precisar de esclarecer algum tipo de informação ou ajuda, poderá contar com o apoio da equipa de enfermagem.

## **Violência no Namoro**

É normal que no início de uma relação, tudo seja positivo e bom para ambos. Contudo, com o desenvolvimento da relação, esta pode tornar-se pouco saudável e ser prejudicial pelo menos um dos adolescentes. Como tal, é importante identificar-se comportamentos desrespeitadores, controladores ou abusivos.

A violência no namoro pode ser classificada em:

- Violência física: quando um elemento agride fisicamente o outro (p.e. bate, puxa os cabelos, empurra...);
- Violência sexual: quando um elemento obriga o outro a praticar atos sexuais contra a sua vontade;
- Violência verbal: quando um elemento grita, chama nomes, ameaça ou humilha o outro;
- Violência psicológica: quando um elemento tenta controlar o outro (p.e. controlar o que veste, o que faz, com quem está, impede de fazer algo que se queira, enviam constantemente mensagens/ fazem chamadas);
- Violência social: quando um elemento envergonha ou humilha o outro publicamente, quando acede a objetos/ informações privadas sem permissão (p.e.: ler as mensagens do telemóvel);
- Violência digital: quando um elemento tenta controlar as contas digitais (p.e.: controlar as redes sociais) do outro

Numa relação abusiva é comum o elemento dominante sentir-se mais importante que o outro e que controla a relação. É possível perceber-se se alguém está numa relação abusiva através da identificação de vários sinais de alerta, tais como:

- Um dos elementos fica zangado quando o outro não é flexível e não cede na tomada de decisão;
- Critica frequentemente a forma como o outro se veste;
- Quando afirma que o outro não encontrará ninguém melhor que ele(a)
- É controlador e manipulador (p.e. tenta saber sempre onde o outro está e o que está a fazer, impede de se relacionar com outras pessoas, pretende controlar as redes sociais e telemóvel...)
- Já ameaçou ser violento ou consumou a agressão ao outro
- Pressiona para que o outro tenha relações sexuais

É importante informar que as relações abusivas não são feitas só de maus momentos e que o outro só muda o seu comportamento se assim o pretender. Geralmente a relação abusiva alterna entre períodos bons e maus. É também frequente o agressor pedir desculpa e demonstrar arrependimento depois de bater. É possível que o adolescente confunda a possessividade e agressividade com interesse, preocupação e amor, porém, não é uma relação saudável e muito menos aceitável. Contar a alguém o que se está a passar pode ajudar a manter o adolescente em segurança e sair da relação.

## Gravidez na Adolescência

A adolescência é por si só, uma fase de desenvolvimento complexa e repleta de alterações físicas, psicológicas e cognitivas, como tal, a ocorrência de uma gravidez precoce (e possível maternidade/ paternidade) tem um grande impacto na vida do(a) adolescente e seus pais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2014), cerca de 11% das mulheres grávidas são adolescentes entre os 15 e os 19 anos e é considerada uma gravidez de alto risco, decorrente das preocupações relacionadas com a mãe e com o bebê.

A gravidez na adolescência está associada a fatores de risco como: um ambiente familiar disfuncional e de maior rigidez, condições desenvolvimentais adversas, situação social desfavorecida e baixa condição socioeconômica, início da vida sexual sem o uso de métodos de contraceptivos, ingenuidade, submissão, abandono escolar e em alguns casos, violação.

Uma gravidez ainda na adolescência implica consequências em várias dimensões e elementos, desde a mãe do bebê, ao pai, o próprio bebê e as famílias dos adolescentes.

Para a adolescente, mãe do bebê, existe a possibilidade de eventual desenvolvimento de problemas físicos, como o maior risco de o bebê nascer prematuro uma vez que o organismo da mãe ainda não está totalmente desenvolvido. Pode também desencadear problemas psicológicos, relacionados com o sentimento da adolescente não se sentir preparada para assumir o papel de mãe, ou por exemplo, relacionados com a eventual falta de apoio e rejeição por parte dos pais. Além disso, existe também uma maior probabilidade de abandono escolar após a gravidez e de apresentar novamente uma gravidez precoce. A gravidez na adolescência gera também consequências psicológicas, sociais, educativas e econômicas no pai, tal como na mãe do bebê.

Por fim, tem também impacto na vida do próprio bebê, uma vez que geralmente, os filhos de pais adolescentes apresentar maior risco de insucesso e abandono escolar e de apresentarem comportamentos de risco (p.e. consumo de drogas, atividade sexual precoce...). Contudo, fatores como a condição socioeconômica ou um bom suporte familiar podem também influenciar positivamente o desenvolvimento da criança.

Relativamente às famílias dos pais, é comum surgir uma rutura das expectativas de futuro para os seus filhos (pais do bebê), um aumento de stress e também dos conflitos familiares e eventualmente económicos.

## **O Aborto e a Interrupção Voluntária da Gravidez**

O aborto consiste na interrupção da gravidez com menos de 20-22 semanas de gestação. Pode ser classificado como espontâneo - ocorre natural ou acidentalmente durante a gravidez e geralmente está relacionado com a incorreta replicação dos cromossomas e/ou fatores ambientes – ou induzido – quando se recorre a uma Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), procedimento sem custos efetuado para interromper a gravidez, realizado em instituições de saúde legais e autorizadas, até às 10 semanas de idade gestacional.

Caso a adolescente suspeite que possa estar grávida, deverá em primeiro lugar confirmar através da realização de um teste de gravidez, que pode adquirir numa farmácia e que deverá ser realizado cerca de pelo menos 3 semanas após a relação sexual desprotegida.

No caso de a gravidez ser confirmada, a adolescente poderá dirigir-se a um Centro de Saúde ou Hospital para agendar a primeira consulta de IVG. Na consulta de IVG serão discutidas as várias opções disponíveis para pôr termo à gravidez e será dado um período de reflexão. No caso de a adolescente ser menor de 16 anos e querer realizar a IVG, terá de obter o consentimento do seu representante legal que será entregue na primeira consulta, realizada antes da IVG.

É importante salientar que um procedimento como a IVG pode apresentar complicações para a saúde da adolescente:

- hemorragia abundante
- sensação de lipotimia
- súbita e abundante perda de sangue nas primeiras duas semanas (ou mais) após a IVG
- febre alta e persistente
- cólicas abdominais acompanhadas de dores fortes
- episódios de diarreia persistentes após a primeiras 24h
- desconforto abdominal muito intenso e prolongado

A fertilidade pode voltar cerca de 10 dias após a IVG, pelo que é importante realizar uma consulta de planeamento familiar e iniciar um método contraceptivo rapidamente. Algumas adolescentes optam por uma interrupção insegura da gravidez, através do uso de substâncias para provocar o aborto ou recorrendo a clínicas clandestinas. Esta decisão pode implicar grandes riscos para a adolescente, incluindo o risco de vida.

## Contraceção e Métodos Contraceptivos

Os métodos contraceptivos são todos os comportamentos, medicamentos, intervenções cirúrgicas ou objetos utilizados com o intuito de impedir uma gravidez. Atualmente existem diversos métodos que garantem uma eficácia de praticamente 100% e tanto podem ser usados pelo homem, como pela mulher.

A educação para a saúde sobre comportamentos sexuais promove a utilização de métodos contraceptivos, porém, apesar de os adolescentes receberem informação sobre a contraceção e as implicações de não usar métodos contraceptivos, existem situações nas quais é difícil a sua aplicação:

- incapacidade de manter a abstinência ou usar preservativo;
- falsa percepção do risco de contrair uma IST ou de engravidar;
- contexto em que a relação sexual ocorre.

É importante salientar que o(a) adolescente poderá sempre recorrer à equipa de enfermagem/ consulta de Planeamento Familiar da USF [REDACTED] se tiver dúvidas relacionadas com a contraceção.

Existem vários tipos de métodos contraceptivos:

- métodos comportamentais;
- métodos barreira;
- métodos hormonais;
- métodos mecânicos;
- métodos cirúrgicos;
- métodos contraceptivos de emergências.

## Métodos Comportamentais

### *Coito interrompido*

A prática do coito interrompido consiste no ato de o homem retirar o pénis da vagina da mulher antes da ejaculação.

#### Vantagens:

- Sem necessidade de consulta médica ou de enfermagem.

#### Desvantagens:

- Elevada probabilidade de falhar;
- É libertado gotas de sémen antes da ejaculação;
- A ejaculação no orifício vaginal pode penetrar a vagina;
- Não protege de IST's.

### *Abstinência*

A abstinência, tal como o nome indica, consiste em abster-se de ter relações sexuais com alguém.

#### Vantagens:

- 100% eficácia na prevenção da gravidez e da contração de IST's.

#### Desvantagens:

- Pressão dos pares para iniciar/ retomar a atividade sexual;
- Índice de fracasso relativamente alto.

### *Método do calendário*

O método do calendário consiste em evitar ter relações sexuais durante o período fértil da mulher.

#### Vantagens:

- A adolescente conhece melhor o seu ciclo menstrual;
- Incentiva a participação do parceiro sexual.

#### Desvantagens:

- Elevada probabilidade de falhar;
- Requer que a mulher tenha um bom conhecimento sobre o seu ciclo menstrual e que este seja regular e previsível;
- Não protege das IST's.

## Métodos barreira

Os métodos barreira são aqueles que impedem a passagem dos espermatozoides pela vagina.

### *Preservativo (masculino)*

É o método mais utilizado em todo o mundo e o único que garante a prevenção das IST's. Atua como uma barreira física, impedindo os espermatozoides de chegarem ao óvulo.

#### Vantagens:

- Único método existente para evitar as IST's;
- Fácil aquisição (qualquer farmácia ou supermercado, grátis no centro de saúde) e utilização;
- Ausência de efeitos secundários ou contra-indicações graves
- Não necessita de supervisão médica

#### Desvantagens:

- Estar disponível no momento da relação sexual;
- Pode romper.

#### Informações extra:

- Atenção à data de validade;
- Atenção ao estado de conservação;
- Usa apenas uma vez.

#### Mitos relacionados com o uso de preservativo

- O preservativo serve apenas para evitar a gravidez.
  - NÃO: O preservativo protege também das IST's
- Só é necessário utilizar preservativo no sexo vaginal e anal.
  - NÃO: No sexo oral, apesar de ser mais difícil a transmissão de ISTs, é possível. Algumas IST's, como as infeções por herpes, são transmissíveis através a prática de sexo oral.

- Pode colocar-se o preservativo imediatamente antes da ejaculação
  - NÃO: É habitual a libertação de pequenas gotas de espermas antes da ejaculação, pelo que é recomendável colocar o preservativo antes de iniciar a relação sexual
- O preservativo rompe-se com frequência
  - NÃO: Apesar de ser uma possibilidade, o risco de o preservativo se romper quando armazenado nas condições certas, é muito baixo. No caso de relações sexuais superiores a 30 minutos, deve-se trocar de preservativo.
- A vaselina é um bom lubrificante
  - NÃO: Se necessário usar algum lubrificante, deve-se optar pelos lubrificantes próprios para esse objetivo, que são vendidos nas farmácias/ supermercados. O uso de vaselina ou outro óleo apropriado pode danificar o preservativo e fazer com que rompa mais facilmente
- A proteção é maior se usar dois preservativos
  - NÃO: O uso de 2 preservativos leva geralmente a um aumento do atrito, podendo levar a que rompa mais facilmente.
- Os preservativos não têm data de validade
  - NÃO: Os preservativos têm uma validade inscrita no seu pacote que deve ser tida em conta, bem como as condições de armazenamento. Devem estar num local seco e sem exposição à luz do sol.
- Usar preservativo diminui o prazer
  - NÃO: Atualmente existem preservativos de diversas marcas, tamanhos, espessuras, cores e até sabores. Por este motivo, é apenas uma questão de se explorar as diversas opções e encontrar a que mais prazer proporciona ao homem.

### *Preservativo (feminino)*

Tem a forma de um tubo de silicone com dois anéis (um aberto numa ponta e um fechado na outra) e é introduzido na vagina com o anel fechado junto ao colo do útero. Tal como o preservativo masculino, funciona como barreira para impedir que os espermatozoides cheguem ao óvulo.

#### Vantagens

- Único método existente para evitar as IST's;
- Ausência de efeitos secundários ou contra-indicações graves;
- Não necessita de supervisão médica;
- A utilização depende apenas da vontade da mulher.

#### Desvantagens

- Pouco divulgado em Portugal e pode ser de difícil acesso;
- Desaconselhado no caso de anomalias genitais;
- A probabilidade de rotura é inferior à do preservativo masculino.

#### Informações extra:

- Guardar os preservativos num local fresco;
- Atenção à data de validade e estado de conservação;
- Se necessário lubrificante, aplicar no pénis;
- Não utilizar ao mesmo tempo que o preservativo masculino;
- Pode ser inserido até 8h antes da relação sexual.

### *Diafragma*

É semelhante a uma capa que se aplica na vagina junto ao colo do útero e que impede o espermatozoide de passar para o útero e atingir o óvulo.

#### Vantagens:

- Não tem efeitos adversos hormonais;
- Pode-se interromper o uso a qualquer momento;
- Fácil utilização;
- Raramente é sentido pelo parceiro;
- Pode ter uma duração até 2 anos;
- Pode ser usado em combinação com o espermicida.

#### Desvantagens

- Necessidade de ser higienizado após cada uso e trocar de diafragma quando houver ganho de peso;
- Tem 10% hipótese de não ser eficaz;
- Pode causar irritação vaginal;
- Não protege de IST's.

### *Espermicida*

O espermicida é um método de barreira químico que quando colocado no interior da vagina, causa a morte ou imobilização dos espermatozoides. Pode ser usado como método contraceptivo único ou em combinação.

## Métodos hormonais

Funcionam através da utilização de hormonas que inibem a ovulação, impedindo que ocorra a fecundação. O efeito de proteção é assegurado pelo aumento da espessura do muco cervical, que dificulta a progressão dos espermatozoides, além de provocar alterações no revestimento uterino, impedindo que o óvulo se consiga implantar.

### *Pílula Combinada*

Geralmente quando alguém se refere a “pílula”, está a referir-se à pílula combinada. A pílula combinada deve o seu nome ao uso combinado de estrogénio e de progesterona em pequenas quantidades e é um método contraceptivo muito eficaz quando usado corretamente.

Geralmente é tomada durante 21 dias consecutivos, seguidos de um período de pausa com 7 dias. Contudo, algumas pílulas incluem comprimidos correspondentes aos dias de pausa, para diminuir a probabilidade de erro ou esquecimento. É recomendado tomar sempre à mesma hora, ainda que atrasos até 12h não interfiram na sua eficácia.

### Vantagens

- 99,9% eficaz se tomada corretamente;
- Fácil aquisição (farmácias ou grátis no centro de saúde);
- Regula o ciclo menstrual e diminui a intensidade do fluxo menstrual;
- Diminui/ elimina a dor menstrual;
- Menor risco de cancro do ovário e endométrio.

### Desvantagem:

- Perde eficácia quando há problemas gastrointestinais;
- Exige um compromisso de tomar diariamente;
- Pode apresentar alguns efeitos secundários (p.e.: cefaleias, tensão mamária, retenção de líquidos, hemorragias entre as menstruações);
- Contra-indicado em pessoas com doença hepática grave ou elevado risco cardiovascular

### Informações extra

- Se tiver vómitos ou diarreia nas 4h a seguir á toma da pílula deve tomar novamente o comprimido diário. Se ocorrer mais de 4h depois da toma da pílula, a sua eficácia não foi comprometida.
- Se se esquecer de tomar à hora prevista e a tomar menos de 12h depois, a sua eficácia está assegurada. Se for tomada mais de 12h após o esquecimento, a sua eficácia poderá estar comprometida e deverá consultar o folheto informativo ou contactar um profissional de saúde.

### *Pílula Sem Estrogénio*

Esta pílula é aconselhada a quem tenha efeitos secundários associados ao estrogénio. Tal como a pílula combinada, deve ser tomada diariamente e sempre à mesma hora, para evitar esquecimentos.

### Vantagens

- 99,5% eficaz se tomada corretamente;
- Diminui a intensidade do fluxo menstrual.

### Desvantagens

- Perde eficácia quando há problemas gastrointestinais;
- Pode apresentar alguns efeitos secundários (p.e.: cefaleias, acne, retenção de líquidos, hemorragias entre as menstruações);
- Contra-indicado em pessoas com doença hepática grave ou elevado risco cardiovascular.

## *Implante*

O implante é um dispositivo de 3cm de comprimento e 2mm de diâmetro, que é colocado pelo médico ou ginecologista, no braço da mulher, entre o 1º e 5º dia do ciclo menstrual, sob anestesia local.

Atua através da libertação contínua de hormonas na corrente sanguínea, de modo a impedir a ovulação, espessar o muco uterino, dificultando a passagem dos espermatozoides e alterando a motilidade das trompas de Falópio, dificultando a passagem do óvulo.

### Vantagens:

- Tem uma duração de 3 anos;
- Não exige compromisso diário;
- É impercetível;
- Atenua a sintomatologia da tensão pré-menstrual;
- É possível amamentar.

### Desvantagens:

- Não protege das IST's;
- 99,9% eficácia
- Utilizado em situações que não é possível a administração de estrogénio;
- Não perde a eficácia quando há problemas gastrointestinais;
- Ciclo menstrual irregular (pelo menos inicialmente);
- Precisa de ser trocado pelo médico/ ginecologista;
- Contra-indicado em pessoas com doença hepática grave ou elevado risco cardiovascular.

## *Adesivo*

É um adesivo colado à pele, de fácil aplicação e que liberta uma dose diária de estrogénio e progesterona através da pele, para a corrente sanguínea. Atua através da inibição da ovulação e tornando o muco cervical mais espesso, dificultando a passagem dos espermatozoides.

Cada adesivo é colocado uma vez por semana, durante 3 semanas consecutivas, seguido de uma semana de pausa. Deve ser firmemente pressionado contra a pele, até as pontas estarem bem coladas. Pode ser adquirido numa farmácia ou no centro de saúde.

### Vantagens:

- Não exige um compromisso diário;
- A absorção hormonal não é afetada por vômitos ou diarreia;
- Fácil utilização;
- Geralmente torna as hemorragias regulares, mais curtas e menos dolorosas.

### Desvantagens:

- Pode apresentar alguns efeitos secundários (p.e.: cefaleias, tensão mamária, retenção de líquidos);
- Não protege das IST's;
- Possibilidade de irritação da pele.

### Informações extra

- O adesivo não deve ser aplicado no peito nem sobre pele vermelha, irritada ou com ferida;
- A pele deve estar limpa e seca;
- Evite colocar sempre no mesmo local do corpo;
- Aplicar só um adesivo de cada vez;
- Não utilizar cremes, pomadas ou loções na região onde se pretende aplicar o adesivo.

## *Anel vaginal*

O anel vaginal é um método contraceptivo hormonal em forma de um anel, de textura suave, transparente e flexível, que é introduzido na vagina. As hormonas libertadas pelo anel são absorvidas diretamente através das paredes da vagina, o que permite que as doses hormonais sejam mais baixas que as da pílula ou do adesivo.

É introduzido como um tampão e deve ser retirado após 3 semanas. O anel vaginal seguinte deverá ser introduzido apenas 1 semana após a extração do anterior, cumprindo assim uma semana de pausa.

### Vantagens:

- 99,9% de eficácia;
- Fácil utilização;
- Só se coloca uma vez por mês;
- Baixa dose hormonal;
- Não exige um compromisso diário;
- A absorção hormonal não é afetada por vômitos ou diarreia;
- Regula os ciclos menstruais e diminui a intensidade das hemorragias além de diminuir a dor menstrual.

### Desvantagens:

- É possível (apesar de raro) ter a sensação de presença de um corpo estranho;
- Contra-indicado em pessoas com doença hepática grave ou elevado risco cardiovascular.

## *Injeção*

Consiste na administração de uma dose elevada de progesterona que é injetada num músculo, geralmente na região nadegueira. A injeção deve ser repetida de 3 em 3 meses.

### Vantagens

- 99,7% de eficácia;
- Recomendado a mulheres que não possam tomar estrogénio;
- Não perde eficácia quando há problemas gastrointestinais.

### Desvantagens

- Requer prescrição médica;
- A recuperação da fertilidade inicial pode demorar até um ano;
- Possibilidade de hemorragias irregulares e com intervalos imprevisíveis;
- Não protege das IST's.

## Métodos Mecânicos

### *Dispositivo Intra-Uterino*

É um dispositivo em forma de “T” ou de “S” com uma pequena porção de cobre, que é colocado no útero. É o cobre que desencadeia um efeito inflamatório no útero, impedindo que o óvulo se consiga implantar. É colocado pela ginecologista através de um aplicador específico.

Pode ser usado durante 5 a 7 anos, antes de ser retirado também pelo médico. Existe também o DIU com hormona, designado de SIU (Sistema Intra-Uterino) que liberta gradualmente uma hormona.

#### Vantagens:

- 99,2% de eficácia. Só perde eficácia se descolar;
- Garante contraceção durante 5 a 7 anos;
- Não é um método hormonal (DIU);
- Pode ser usado em qualquer idade;
- Os ciclos menstruais mantêm os intervalos anteriores à colocação.

#### Desvantagens:

- Pode causar aumento da dor menstrual e do fluxo sanguíneo durante a menstruação;
- É necessário exames regulares para verificar se está no local correto;
- Desaconselhável no caso de múltiplos parceiros sexuais;
- Não pode ser usado por mulheres com alergia ao cobre nem com anomalia da cavidade uterina ou doença inflamatória pélvica;
- Não protege das IST's.

## Métodos Cirúrgicos

Existe a possibilidade de se optar por uma cirurgia como método contracetivo. Pode ser realizado no homem e na mulher. É importante salientar que estes procedimentos são reversíveis.

### *Sexo masculino - Vasectomia*

Procedimento cirúrgico realizado através da secção dos canais deferentes do homem, impedindo que os espermatozoides se deslocam para a uretra.

### *Sexo Feminino – Laqueação de trompas*

Procedimento cirúrgico que consiste na interrupção da continuidade das trompas de Falópio, impedindo que o óvulo atinja o útero.

### Métodos Contraceptivos de Emergência

Os métodos contraceptivos de emergência são todos aqueles que são utilizados após uma relação sexual desprotegida para prevenir uma gravidez não planeada/ desejada. Estes métodos podem reduzir até 75-89% a probabilidade de engravidar e devem ser utilizados nas primeiras 72h após a relação sexual desprotegida.

Em Portugal é vendida a pílula com Levonogestrel, que tem máxima eficácia nas primeiras 24h após a relação sexual e é comumente designada como “pílula do dia seguinte”. Após o uso desta pílula é necessário usar preservativo durante os 7 dias seguintes.

## **Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)**

As infecções sexualmente transmissíveis, também comumente designadas de ISTs, são infecções que são transmitidas durante as relações sexuais. São provocadas por bactérias, vírus e parasitas que estão no sangue, sêmen e outros fluidos corporais ou à superfície, na pele e mucosas da região genital. Qualquer pessoa pode contrair uma IST ao ter relações sexuais com uma pessoa infetada, dado que as IST's são transmitidas do homem para a mulher e vice-versa.

Sendo a adolescência a fase de desenvolvimento onde o adolescente desperta o seu interesse pela sexualidade e relacionamento íntimo com o outro, é importante transmitir e disponibilizar informação sobre como evitar a transmissão destas doenças.

A transmissão de IST's é facilitada se não for usado preservativo durante as relações sexuais e se o adolescente tiver vários parceiros sexuais ao longo do tempo. A promoção de comportamentos sexuais saudáveis no adolescente está associada à diminuição da incidência e realização de testes de rastreio de IST.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, mais de 250 milhões de pessoas por ano, contraem uma nova IST. Os adolescentes têm um risco mais elevado de contrair uma IST devido a:

- Imaturidade do seu corpo, apresentando maior fragilidade e facilidade de contrair uma IST;
- Muitos adolescentes têm dificuldade em aceder aos serviços de saúde e expor as suas dúvidas relacionadas com a vida sexual, com os profissionais de saúde;
- Alguns adolescentes têm vários parceiros sexuais e nem sempre usam preservativo.

Algumas destas infecções se não forem tratadas atempadamente podem provocar doenças ou complicações graves como: cancro do útero, do pénis ou do ânus; doença inflamatória pélvica, infertilidade...

As IST's não se curam sem tratamento, pelo que se o adolescente contrair uma IST, deverá deslocar-se a um serviço de saúde para procurar cuidados médicos e de enfermagem. À exceção do vírus da sida (HIV), herpes e verrugas genitais (condilomas) a maioria das IST' é facilmente tratada com medicação injetável ou oral.

As principais Infecções Sexualmente Transmissíveis são: a sida, gonorreia, clamídia, sífilis, hepatite B e herpes genital.

### Sida (HIV)

A sida é provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, um vírus que destrói o sistema imunitário da pessoa infetada. O HIV entra nas células do sistema imunitário, integra-se do ADN das células infetadas e multiplica-as, provocando a sua destruição, a fim de poder infetar e destruir novas células. Existem dois tipos de HIV: o tipo 1 e o tipo 2, sendo que o tipo 2 é mais frequente em África, enquanto o tipo 1 é mais comum no resto do mundo.

Transmissão do HIV:

- Secreções sexuais e relações sexuais com uma pessoa infetada;
- Contacto com o sangue de uma pessoa infetada;
- Transmitido da mãe para o filho na gravidez, parto ou amamentação.

O HIV não se transmite através de:

- Contacto social com uma pessoa infetada (aperto de mão, abraço, beijo na face...);
- Alimentos ou água;
- Espirros ou tosse;
- Piscinas ou casa de banho;
- Picadas de inseto.

Sintomas provocados pelo HIV

Pode apresentar sintomas semelhantes a uma gripe, entre 1 a 4 semanas após o contágio e que inclui:

- Febre;
- Suores;
- Cefaleias (dores de cabeça);
- Dores musculares e nas articulações;
- Aumento dos gânglios linfáticos (zona lateral do pescoço e axilas).

Estes são os sintomas presentes na fase aguda (também designada de seroconversão) e que pode durar 1 a 3 semanas, sendo uma fase altamente contagiosa.

Após esta fase, a pessoa infetada pode não apresentar sintomas durante anos, porém, o vírus continua a multiplicar-se no organismo até surgirem novos sintomas que indiquem o compromisso do sistema imunitário, tais como:

- Perda de peso;
- Suores noturnos;
- Cansaço não habitual;
- Falta de apetite;
- Diarreia.

Se não for iniciado o tratamento, a doença continuará a progredir à fase seguinte, que se caracteriza por imunodeficiência grave, sendo que surgem manifestações oportunistas (infecções e tumores), que normalmente não surgiriam.

Para saber se está infetado, o adolescente deve recorrer a uma instituição de saúde e realizar umas análises sanguíneas específicas, designadas comumente de “Testes do HIV”.

Como prevenir o contágio:

- Utilizar preservativo (masculino ou feminino) em todas as práticas sexuais. Na prática de sexo oral ao homem, pode-se usar um preservativo, enquanto no sexo oral à mulher se deve utilizar por exemplo umas bandas de látex;
- Não partilhar objetos que possam estar contaminados com sangue (p.e. agulhas, seringas, lâminas de barbear...).

Tratamento

A pessoa diagnosticada com HIV deve ser acompanhada pelo médico e especialista e, geralmente, realiza tratamento com medicação anti retroviral, que pode evitar que se chegue a uma fase sintomática da doença.

## Gonorreia

A gonorreia é uma das IST's mais comuns no mundo e é provocada por uma bactéria designada *Neisseiria gonorrhoeae*, que pode infetar a uretra, o colo do útero, o ânus e a orofaringe.

### Transmissão e sintomas

A gonorreia é das principais causas da inflamação da uretra (uretrite), que causa disúria, corrimento uretral e prurido. A bactéria que causa a gonorreia desenvolve-se mais facilmente nas regiões quentes e húmidas do aparelho reprodutivo.

Transmite-se principalmente pela relação sexual com uma pessoa infetada, contudo, pode ser transmitida também entre mãe e filho, durante o parto. É importante ter em atenção que pode ser transmitida, mesmo que a pessoa infetada não tenha sintomas. O período de incubação da gonorreia é de cerca de 2-8 dias.

### Diagnóstico

O diagnóstico baseia-se na avaliação dos sintomas e na observação do corrimento uretral (em caso de uretrite), devendo complementar com análises sanguíneas. É também aconselhável realizar também o rastreio do HIV, sífilis e clamídia.

### Tratamento

Desde que seja atempadamente diagnosticada e corretamente tratada, a gonorreia pode ser curada. O tratamento da gonorreia é realizado com antibióticos. Quando a gonorreia não é devidamente tratada, pode levar à infertilidade e, no caso da mulher, provocar doença inflamatória pélvica.

## Clamídia

A infecção pela bactéria *Chlamydia trachomatis* é também uma das IST's mais comuns, principalmente na Europa, e afeta frequentemente homens e mulheres entre os 16 e os 25 anos de idade. Tal como no caso da gonorreia, a clamídia é também transmissível através de relações sexuais com uma pessoa infetada (sexo vaginal, anal ou oral) e de mãe para filho.

### Sintomas

A infecção por clamídia é geralmente assintomática, ou seja, a pessoa não apresenta qualquer sintoma. Contudo, quando existem sintomas, estes surgem entre as 1 e 3 semanas após a relação sexual com a pessoa infetada. Os sintomas mais comuns da clamídia são:

- Sintomas característicos da uretrite;
- Sintomas característicos da cervicite;
- Corrimento vaginal;
- Hemorragia vaginal entre menstruações ou após relações sexuais;
- Dor durante a relação sexual;
- Dor abdominal;
- Náuseas;
- Febre.

### Complicações

A infecção por clamídia pode provocar algumas complicações como:

- Epididimite e prostatite no homem;
- Infertilidade em ambos os sexos;
- Doença inflamatória pélvica na mulher.

## Tratamento

O tratamento da infecção por clamídia é realizado através da toma de antibióticos. É aconselhado que não se tenha relações sexuais enquanto estiver a toma antibiótico e que o tratamento seja também feito ao parceiro sexual.

## Prevenção

A prevenção da infecção por clamídia consiste essencialmente no uso de preservativo (masculino ou feminino) durante a relação sexual.

## Sífilis

A sífilis é reconhecida como IST apenas desde o início do século XXI e consiste numa doença infecciosa complexa, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que pode infetar quase todos os órgãos e tecidos do organismo.

A transmissão ocorre através de relações sexuais com uma pessoa infetada, sendo que a bactéria entra no organismo através das membranas mucosas (tais como as da vagina), da boca ou através da pele. O seu período de incubação é de cerca de 9 a 90 dias (média de 2 – 4 semanas). Além disso, pode também ser transmitida para o feto durante a gravidez.

### Sintomas

Inicialmente surge uma úlcera, dura e tipicamente indolor. No caso da mulher, localiza-se geralmente na vagina e/ou colo do útero. No caso do homem esta úlcera surge frequentemente sobre o pénis.

Após 6 a 8 semanas, surge o período mais sintomático da doença e que inclui:

- Febre;
- Dores articulares;
- Falta de apetite;
- Suores abundantes;
- Perda de peso.

### Tratamento

O tratamento da sífilis consiste na administração de penicilina, por via intramuscular. Contudo, para o caso de o indivíduo ser alérgico a este antibiótico, existem outras alternativas.

### Prevenção

A prevenção da sífilis consiste essencialmente no uso de preservativo (masculino ou feminino) durante a relação sexual.

## Hepatite B

A hepatite B é causada pelo vírus HBV que é transmitido principalmente através do contacto com sangue infetado, da partilha de objetos que tenham estado em contacto com sangue infetado e de relações sexuais desprotegidas com uma pessoa infetada. É também possível a transmissão de mãe para filho durante a gravidez, parte ou amamentação.

A hepatite não transmitida através do suor ou saliva (exceto se tiver estado em contacto com sangue infetado), pelo que não existe risco de contágio através de contacto social. É uma doença aguda, onde cerca de 15% a 20% dos infetados desenvolverá complicações graves no fígado, mas geralmente o vírus é eliminado pelo organismo.

### Sintomas

Os sintomas da hepatite B podem assemelhar-se a uma gripe, incluindo:

- Febre;
- Dor abdominal;
- Fadiga;
- Náuseas ou perda de apetite;
- Icterícia;
- Urina escura;
- Retenção de líquidos;
- Confusão mental.

### Tratamento

O tratamento da hepatite B na doença aguda consiste em repouso e uma dieta sem alimentos tóxicos para o fígado (p.e. bebidas alcoólicas). No caso da doença crónica, o tratamento é realizado com base em medicamentos que impeçam a multiplicação do vírus e destruição das células infetadas.

### Prevenção

A prevenção da hepatite B é realizada através da administração de vacinas que fazem parte do PNV desde 2000. Além disso, deve ser sempre usado preservativo durante as relações sexuais

## Herpes genital

O herpes genital consiste na infecção pelo vírus *Herpes simplex*, atingindo essencialmente a pele e mucosas da região genital. É transmitido durante a relação sexual com uma pessoa infetada, pelo contacto pele a pele ou mucosas infetadas.

Este contágio pode ocorrer mesmo quando não existem lesões visíveis, uma vez que o vírus é libertado pelas terminações nervosas da região infetada. Além disso, o herpes genital é mais comum na mulher do que no homem, uma vez que a transmissão do vírus é mais fácil do homem para a mulher do que no sentido contrário. O seu período de incubação é superior a 6 meses.

### Sintomas

Na maioria dos casos, o herpes não causa sintomas, porém, pode provocar episódios de lesões na região genital.

Os sintomas do primeiro surto de infecção surgem geralmente 4 a 7 dias após a infecção e geralmente incluem:

- Ardor;
- Prurido;
- Surgimento de pequenas placas avermelhadas;
- Vesículas pequenas e dolorosas que rompem e formam úlceras circulares;

### Diagnóstico

O diagnóstico da infecção por herpes genital é realizado pela observação das lesões características desta IST e confirmado através da análise de amostras em laboratório.

### Tratamento

O herpes genital não tem uma cura definitiva, porém é possível tratar as lesões através da toma de medicação antivírica, que deve ser iniciado logo no início da sintomatologia.

### Prevenção

O método de prevenção do herpes genital mais eficaz é o uso de preservativo para evitar contrair esta IST e não ter relações sexuais durante um surto de herpes genital, para evitar transmitir o vírus ao parceiro sexual.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Para o Planeamento da Família. *Aborto e Interrupção da Gravidez*. <http://www.apf.pt/aborto-e-interrupcao-da-gravidez> (acedido a 12/12/2021)
- Associação Para o Planeamento da Família. *Gravidez na Adolescência*. <http://www.apf.pt/gravidez-e-parentalidade/gravidez-na-adolescencia> (acedido a 12/12/2021)
- Associação Para o Planeamento da Família. *Identidade e Orientação Sexual*. <http://www.apf.pt/sexualidade/identidade-e-orientacao-sexual> (acedido a 12/12/2021)
- Associação Para o Planeamento da Família. *Infeções sexualmente transmissíveis*. <http://www.apf.pt/infecoes-sexualmente-transmissiveis> (acedido a 12/12/2021)
- Associação Para o Planeamento da Família. *Métodos contraceptivos*. <http://www.apf.pt/metodos-contracetivos> (acedido a 12/12/2021)
- Almeida, M. (2016). Sexualidade nos adolescentes: intervenção formativa (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal)
- Batista, M., Pinto, F., Ferreira, J., Veloso, M., Rocha, M., Schimidt, C., Barbosa, I. (2021). Atuação do enfermeiro na educação sexual na adolescência no contexto Escolar. *Brazilian Journal of Development*, 7. 4819-4832. DOI:10.34117/bjdv7n1-327
- Cantante, H. DST: conheça as doenças sexualmente transmissíveis. Blog *Lusíadas*. <https://www.lusíadas.pt/blog/prevencao-estilo-vida/saude-sexual/metodos-contracetivos-vantagens-desvantagens> (acedido a 12/12/2021)
- Council on Communications and Media (2010). American Academy of Pediatrics. Policy statement-sexuality, contraception, and the media. *Pediatrics*, 126(3), 576–582. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1544>
- Committee on Infectious Diseases (2012). HPV vaccine recommendations. *Pediatrics*, 129(3), 602–605. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3865>
- CUF. *Herpes genital*. <https://www.cuf.pt/saude-a-z/herpes-genital> (acedido a 12/12/2021)
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Vírus da Hepatite B (VHB)*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/vhb/#sec-3> (acedido a 12/12/2021)
- DOT digital group. (2019). *As gerações e suas formas de aprender* (Ebook). [http://www.fatecsp.br/dti/pdf/geracao\\_z.pdf](http://www.fatecsp.br/dti/pdf/geracao_z.pdf)

Eisenstein, E., & Estefenon, S. B. (2011). Geração digital: riscos das novas tecnologias para crianças e adolescentes. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*, 42–52. [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=105](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=105)

Estalagem, A. (2018). Educação Sexual na Adolescência em Portugal (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal)

Magalhães, L. *Gravidez na adolescência*. <https://www.todamateria.com.br/gravidez-na-adolescencia/> (acedido a 12/12/2021)

Monteiro, A. F., & Osório, A. J. (2015). Novas tecnologias, riscos e oportunidades na perspectiva das crianças. *Revista Portuguesa de Educação*, 28(1), 35–57.

<https://doi.org/10.21814/rpe.7049>

Moreira, J., Santos, M., Rodrigues, V., Moreira, M., Oliveira, S. (2020). Educação Sexual Como Forma De Prevenção De Infecções Pelo HIV Em Jovens Na Cidade De Uberlândia – MG. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 9(2). 212-224

O'Keeffe, G. S., Clarke-Pearson, K., & Council on Communications and Media (2011). The impact of social media on children, adolescents, and families. *Pediatrics*, 127(4), 800–804. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0054>

Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Sexualidade & Afetos*.

<https://escolasaudavelmente.pt/alunos/adolescentes/amor/sexualidade-afetos> (acedido a 12/12/2021)

Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Relações abusivas*.

<https://escolasaudavelmente.pt/alunos/adolescentes/amor/relacoes-abusivas> (acedido a 12/12/2021)

Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Violência no namoro*.

<https://escolasaudavelmente.pt/alunos/adolescentes/amor/violencia-no-namoro> (acedido a 12/12/2021)

Ramôa, P. Métodos contraceptivos: vantagens e desvantagens. Blog *Lusíadas*.

<https://www.lusíadas.pt/blog/prevencao-estilo-vida/saude-sexual/metodos-contracetivos-vantagens-desvantagens> (acedido a 12/12/2021)

Sociedade Portuguesa da Contraceção. <https://www.spdc.pt/> (acedido a 12/12/2021)

World Health Organization. (2014). *Adolescent pregnancy*.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112320/1/WHO\\_RHR\\_14.08\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112320/1/WHO_RHR_14.08_eng.pdf) (acedido a 12/12/2021)



APÊNDICE XXXVII – Sessão de Educação para a Saúde “Sexualidade Saudável na Adolescência”



# Sexualidade Saudável na Adolescência



Trabalho  
Enfermeiro  
Aluna do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem  
por:  
Becca  
Santana  
Júdice

1

Em colaboração com a Equipa de Enfermagem da

## Sumário

- O que é a adolescência?
- A Sexualidade na Adolescência
- A Sexualidade e o Afeto
- Violência no Namoro
- Gravidez na Adolescência
- Aborto e IVG
- Contraceção e Métodos Con
- Infecções Sexualmente Transmissíveis

3

## Objetivo

Melhorar o conhecimento sobre comportamentos sexuais saudáveis e responsáveis



2

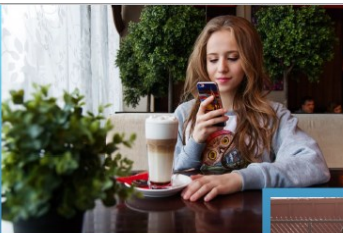
## O que é a adolescência?

Período entre os 10 e 19 anos de idade, marcado pelo amadurecimento, crescimento e desenvolvimento cognitivo, físico, social e emocional

(OMS)



4



É normal a procura pela sua própria identidade, estabelecer e identificar o seu papel! Passar cada vez mais tempo com os amigos

Adotar a língua, música, dança e estilo de roupa dos amigos  
Dominar a tecnologia enquanto algo inato da era moderna em que cresceram



5

## Sexo Biológico

Sexo definido biologicamente pelos cromossomas XY/XX presentes no ADN

## Orientação Sexual

Como o indivíduo pensa e sente sobre si próprio e à sua efetividade e sexualidade e por quem se sente atraído



7

## Sexualidade na Adolescência

Em 2014... 87.2% dos adolescentes até ao 10º ano de escolaridade ainda não tinha iniciado a atividade sexual

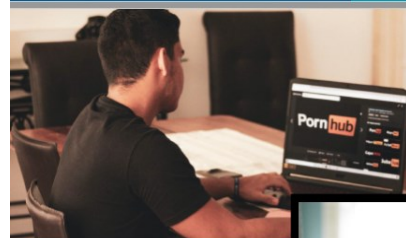
O início precoce de atividade sexual tem um impacto negativo na saúde do adolescente, na sua auto percepção e na relação com o outro



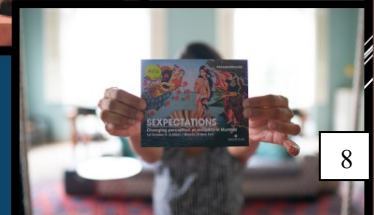
6

## Identidade Sexual

Após as primeiras sexuais desenvolve-se gradualmente a sua identidade sexual



A masturbação permite ao adolescente conhecer o seu corpo



8

### Resposta Sexual Humana

Conjunto de alterações no organismo, que são desencadeadas quando perante uma determinada estimulação

Constituída por várias fases:

- Fase de desejo,
- Fase da excitação,
- Fase do orgasmo
- Fase de resolução




9

### A sexualidade e o Afeto

Na adolescência o conceito de amor ganha uma maior importância na nossa vida, contudo não se apaixonar e na adolescência é absolutamente normal.

A sexualidade não se refere apenas ao sexo, mas também aos sentimentos e atos enovioivos



10

### Violência no Namoro

No início de uma relação, todos os momentos são de felicidade


As relações podem tornar-se pouco saudáveis e ser prejudiciais



11

### Violência no Namoro

- Violência Física
- Violência Sexual
- Violência Verbal
- Violência Social
- Violência Psicológica
- Violência Digital



12

### Gravidez na Adolescência

11% das mulheres grávidas são adolescentes (15 - 19 anos) (OMS, 2014)

A gravidez na adolescência implica consequências para a mãe, pai, prole e respetiva comunidade



13

### Aborto e IVG

Na consulta de IVG serão discutidas as várias opções disponíveis e será dado um período de reflexão

Se tiver menos de 16 anos, terá de obter o consentimento do seu representante legal

A realização de uma IVG pode ter complicações como: hemorragia abundante, sensação de desmaio, febre alta, dor abdominal intensa...




15

### Aborto e IVG

Interrupção da gravidez, realizada em instituições de saúde legais e autorizadas, até às 10 semanas de idade gestacional

Se suspeita de gravidez, realizar um teste de gravidez, pelo menos 3 semanas após a relação sexual desprotegida



14

### Contraceção e Métodos Contracevivos



16

### Métodos Comportamentais




**Abstinência**  
**Coito Interrompido**




**Calendário**

17


### Métodos Hormonais




**Adesivo**




**Injeção**



**Pílula**  
(combinada ou sem estrogênio)



**Implante**



**Anel vaginal**

19

### Métodos Barreira




**Preservativo**  
(masculino e feminino)



**Diafragma**  
**Espermicida**

18

### Métodos Mecânicos



**Dispositivo Intra Uterino (DIU)**

**Sistema Intra Uterino**

20

### Métodos Cirúrgicos



**Vasectomia**



**Laqueação de trompas**

21

### Infeções Sexualmente Transmissíveis

Transmitidas durante as relações sexuais.  
Provocadas por bactérias, vírus e parasitas.  
Qualquer pessoa pode ficar infectada.  
Prevenção através do uso de preservativos.

23

### Métodos Contraceptivos de Emergência



**Pílula do seguin**

22

### Sida (HIV)

**Transmissão**

- Secreções e relações sexuais
- Contacto com o sangue infetado
- Transmitido da mãe para o filho na gravidez, parto ou amamentação

24

## Sida (HIV)

Não se transmite por

- Contacto social com uma pessoa infetada (aperto de mão, abraço, beijo na face...)
- Alimentos ou água
- Espirros ou tosse
- Piscinas ou casa de banho
- Picadas de inseto

25

## Sida (HIV)

Prevenção

- Usar preservativo
- Não partilhar objetos que possam estar contaminados

Tratamento

- Medicação anti retroviral

26

## Clamídia

*Chlamydia trachomatis*

Afeta principalmente jovens entre os 16 e os 25 anos

Geralmente assintomática

Pode provocar a infeção do epidídimo, e/ou da próstata, infertilidade e doença inflamatória pélvica (na mulher)

Tratamento realizado com antibióticos

27

## Gonorreia

*Neisseria gonorrhoeae*

Transmite-se através de relações sexuais ou entre mãe e filho, durante o parto

O diagnóstico baseia-se na avaliação dos sintomas e em análises sanguíneas

Tratamento realizado com antibióticos

Pode causar inflamação da uretra, infertilidade e doença inflamatória pélvica

28

## Sífilis

*Treponema pallidum*

Transmite-se através de relações sexuais ou para o feto durante a gravidez.

Inicialmente surge uma úlcera, dura e tipicamente indolor

Após 6 a 8 semanas pode surgir : febre, dores articulares, falta de apetite, suores abundantes e perda de peso

O tratamento consiste na administração de penicilina

29

## Herpes Genital

*Herpes simplex*

Transmite-se através de relações sexuais, contacto pele a pele ou mucosas infetadas

Geralmente não causa sintomas, mas pode provocar lesões na região genital

O diagnóstico é realizado através da observação das lesões

Não tem uma cura definitiva, mas é possível tratar as lesões com medicação antiviral

31

## Hepatite B

Vírus HBV

Transmite-se através do contacto com sangue infetado, partilha de objetos possivelmente e de relações sexuais

Não é possível de ser transmitida através do suor ou saliva (exceto se tiver estado em contacto com sangue infetado)

Os sintomas da hepatite B podem assemelhar-se a uma gripe, incluindo: febre, dor abdominal, fadiga, náuseas...

Tratamento

Doença aguda: repouso e dieta saudável, evitar substâncias tóxicas para o fígado (p.e. bebidas alcoólicas)

Doença crónica: medicação

30

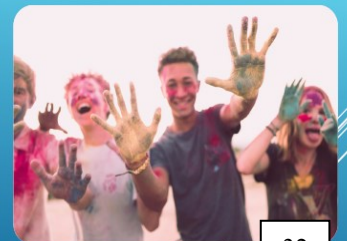
## Conclusão

Viver a adolescência é importante, mas com responsabilidade.

Cada um de nós é um indivíduo único.

Praticuem sexo seguro.

Podem sempre contar com a ajuda dos profissionais de saúde.



32

APÊNDICE XXXVIII – Sessão Formativa do Projeto “Sexualidade Saudável na Adolescência”



# Sexualidade Saudável na Adolescência



Trabalho Realizado por:  
Enfermeira Mónica Cabeça  
Aluna do Curso de Mestrado em  
Enfermagem  
Sob a orientação de:  
Professora Dra Sílvia Caldeira  
Enfermeira

1

## Sumário

- O que é o projeto “Sexualidade Saudável na Adolescência”?
- A quem se destina o projeto?
- Como será implementado?
- Quais os recursos necessários?
- Como é estruturado o projeto?

3

## Objetivo

Apresentar o projeto de promoção da saúde “Sexualidade Saudável na Adolescência”



2

## O que é o projeto “Sexualidade Saudável na Adolescência”?

4

Promover e desenvolver o conhecimento da população juvenil sobre comportamentos sexuais saudáveis na adolescência



5

Participantes:  
Grupos de 15 a 20 adolescentes

Idade:  
15 a 19 anos



7

## A Quem Se Destina o Projeto?

6

## Como Será Implementado?

8



Sessões formativas sobre a sexualidade na adolescência

9

Quais os Recursos Necessários?

10



11

Como é Estruturado o Projeto?

12

Fundamentação Teórica

Promoção da Sexualidade Saudável na Adolescência

13

Promoção da Sexualidade Saudável na Adolescência

15

Fundamentação Teórica

14

Intervenção do Enfermeiro na Promoção da Sexualidade Saudável na Adolescência

Sexualidade Saudável na Adolescência

16



**Sexualidade na Adolescência**

**Resposta Sexual Humana**

**Desenvolvimento do Autoconceito e da Autoimagem**



17



**O Aborto e a IVG**



**Prevenção das IST's**



**Contraceção e Métodos Contrace**


19



**A Sexualidade e o Afeto**



**Gravidez na Adolescência**




**Violência no Namoro**

18

**Conclusão**

**Promoção da saúde**

**Comportamentos sexuais saudáveis e responsáveis**



20

**Feedback Apreciativo**

Considera o projeto de "Sexualidade Saudável na Adolescência" uma intervenção pertinente do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica?

Considera que a informação abordada no projeto "Sexualidade Saudável na Adolescência" é clara e pertinente?

21

**Referências Bibliográficas**

Baísta, M., Pinto, F., Ferreira, J., Veloso, M., Rocha, M., Schimidt, C., Barbosa, I. (2021). Atuação do enfermeiro na educação sexual na adolescência no contexto Escolar. *Brazilian Journal of Development*, 7, 4819-4832. DOI:10.34117/bjdv7n1-327

Cantante, H. DST: conheça as doenças sexualmente transmissíveis. *Blog Lusitadas*. <https://www.lusitadas.pt/blog/prevencao-estilo-vida/saude-sexual/metodos-contraceptivos-vantagens-desvantagens> (acedido a 12/12/2021)

Council on Communications and Media (2010). American Academy of Pediatrics. Policy statement—sexually transmitted infection, and the media. *Pediatrics*, 126(3), 576–582. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1544>

Committee on Infectious Diseases (2012). HPV vaccine recommendations. *Pediatrics*, 129(3), 602–606. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3865>

CUF. *Herpes genital*. <https://www.cuf.pt/saude-a-z/herpes-genital> (acedido a 12/12/2021)

Direção Geral da Saúde. (2019). *Vírus da Hepatite B (VHB)*. <https://www.sns24.gov.pt/pt/infeciosas/vhb/#sec-3> (acedido a 12/12/2021)

DOT digital group. (2019). *As gerações e suas formas de aprend*. [http://www.fatecap.br/dti/pdf/geracao\\_z.pdf](http://www.fatecap.br/dti/pdf/geracao_z.pdf)

23

**Referências Bibliográficas**

Associação Para o Planeamento da Família. *Aborto e Interrupção da Gravidez*. <http://www.apf.pt/aborto-e-interrupcao-da-gravidez> (acedido a 12/12/2021)

Associação Para o Planeamento da Família. *Gravidez na Adolescência*. <http://www.apf.pt/gravidez-e-parentalidade/gravidez-na-adolescencia> (acedido a 12/12/2021)

Associação Para o Planeamento da Família. *Identidade e Orientação Sexual*. <http://www.apf.pt/sexualidade/identidade-e-orientacao-sexual> (acedido a 12/12/2021)

Associação Para o Planeamento da Família. *Infecções sexualmente transmissíveis*. <http://www.apf.pt/infecoes-sexualmente-transmissiveis> (acedido a 12/12/2021)

Associação Para o Planeamento da Família. *Métodos contraceptivos*. <http://www.apf.pt/metodos-contraceptivos> (acedido a 12/12/2021)

Almeida, M. (2016). *Sexualidade nos adolescentes: intervenção formativa* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Universidade de Aveiro, Portugal)

22

**Referências Bibliográficas**

Eisenstein, E., & Estefanon, S. B. (2011). Geração digital: riscos das novas tecnologias para crianças e adolescentes. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*, 42-52. [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=105](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=105)

Estalagem, A. (2018). *Educação Sexual na Adolescência em Portugal* (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal)

Magalhães, L. *Gravidez na adolescência*. <https://www.lodamateria.com.br/gravidez-na-adolescencia/> (acedido a 12/12/2021)

Monteiro, A. F., & Osório, A. J. (2015). Novas tecnologias, riscos e oportunidades na perspectiva das crianças. *Revista Portuguesa de Educação*, 28(1), 35-57. <https://doi.org/10.21814/rpe.7049>

Moreira, J., Santos, M., Rodrigues, V., Moreira, M., Oliveira, S. (2020). Educação Sexual Como Prevenção De Infecções Pelo HIV Em Jovens Na Cidade De Uberlândia - MG. *Revista de Medicina e Saúde*, 9(2), 212-224

24

## Referências Bibliográficas

O’Keeffe, G. S., Clarke-Pearson, K., & Council on Communications and Media (2011). The impact of social media on children, adolescents, and families. *Pediatrics*, 127(4), 800-804. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0054>

Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Sexualidade & Afetos*. <https://escalasaudavelmente.pt/alunos/adolescentes/amor/sexualidade-afetos> (acedido a 12/12/2021)

Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Relações abusivas*. <https://escalasaudavelmente.pt/alunos/adolescentes/amor/relacoes-abusivas> (acedido a 12/12/2021)

Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Violência no namoro*. <https://escalasaudavelmente.pt/alunos/adolescentes/amor/violencia-no-namoro> (acedido a 12/12/2021)

Ramão, P. Métodos contraceptivos: vantagens e desvantagens. *Blog Lusíadas*. <https://www.lusíadas.pt/blog/prevencao-estilo-vida/saude-sexual/metodos-contracetivos-vantagens-desvantagens> (acedido a 12/12/2021)

Sociedade Portuguesa da Contraceção. <https://www.spdc.pt/> (acedido a 12/12/2021)

World Health Organization. (2014). *Adolescent pregnancy*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112320/1/WHO\\_RHR\\_14.08\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112320/1/WHO_RHR_14.08_eng.pdf) (acedido a 12/12/2021)

25

## Fonte das Imagens

Imagem	Fonte
Todas as Imagens	<a href="https://pixabay.com/pt/">https://pixabay.com/pt/</a> <a href="https://unsplash.com/">https://unsplash.com/</a>

26

APÊNDICE XXXIX – Plano de Sessão Formativa do Projeto “Sexualidade Saudável na Adolescência”



## Plano de Sessão

TÍTULO: “Sexualidade Saudável na Adolescência”;

DESTINATÁRIOS: Equipe de enfermagem e equipa médica da USF [REDACTED]

DATA: 15-12-2021 às 14 horas.

DURAÇÃO: 14 minutos;

LOCAL: Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]

FORMADOR: Enf.º Marco Cabeça (estudante do Mestrado com especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica);

OBJETIVO GERAL: Apresentação do projeto “Sexualidade Saudável na Adolescência” a aplicar na comunidade juvenil da área abrangente da USF do Mosteiro;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Consciencialização para a promoção da saúde no adolescente;
- Consciencialização para a importância da sexualidade saudável na adolescência.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Participação de mais de 50% da equipa de enfermagem da USF [REDACTED]
- Preenchimento de pelo menos 50% dos questionários distribuídos.

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
<b>Introdução</b>	Apresentação do formador e do projeto Objetivos Sumário	Apresentação de diapositivos realizada em Microsoft PowerPoint™ com exposição oral	Computador PowerPoint® Projetor	2 min.
<b>Desenvolvimento</b>	<p>O que é o projeto “Sexualidade Saudável na Adolescência”?</p> <p>A Quem Se Destina o Projeto?</p> <p>Como Será Implementado?</p> <p>Quais os Recursos Necessários?</p> <p>Como é Estruturado o Projeto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundamentação Teórica</li> <li>• Promoção da Sexualidade Saudável na Adolescência <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Intervenção do Enfermeiro na Promoção da Sexualidade Saudável na Adolescência</li> <li>○ Sexualidade Saudável na Adolescência <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sexualidade na Adolescência</li> <li>✓ Resposta Sexual Humana</li> <li>✓ Desenvolvimento do Autoconceito e da Autoimagem</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>			7 min
				3 min

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A Sexualidade e o Afeto</li> <li>✓ Gravidez na Adolescência</li> <li>✓ Violência no Namoro</li> <li>✓ O Aborto e a IVG</li> <li>✓ Contraceção e Métodos Contracetivos</li> <li>✓ Prevenção das IST's</li> </ul>			
<b>Conclusão</b>	Conclusão Feedback Apreciativo			

## Registo de presenças

<b>15-12-2021 - 14h</b>
Enf. <sup>a</sup> C. D.
Enf. <sup>a</sup> G. B.
Enf. <sup>a</sup> J. C.
Enf. <sup>a</sup> P. C.
Enf. <sup>a</sup> S. C.
Enf. <sup>a</sup> V. Z.



APÊNDICE XL – Video “Nariz Limpo, Bebê Feliz”





(Realizar scan do QR Code para aceder ao conteúdo)



APÊNDICE XLI – Documento Informativo “Nariz Limpo, Bebê Feliz”



## **“Nariz Limpo, Bebê Feliz”**

Com a chegada do Outono e Inverno surge também o aumento do número de casos de infecções respiratórias nas crianças, sendo que a mais comum no bebê e que mais preocupa os pais é a bronquiolite aguda.

### **Quais são os sintomas de uma infecção respiratória?**

As doenças respiratórias são muito frequentes nas crianças, sendo maioritariamente, de origem viral. Inicialmente os sintomas são semelhantes aos de uma constipação: tosse, febre baixa (que cede com medicação) e olhos vermelhos.

Ao final de 2-3 dias já se começa a ouvir “gatinhos” (pieira), o bebê começa a respirar mais rápida e ofegantemente (polipneia), apresenta secreções nasais, surgem covinhas entre as costelas (tiragem intercostal) e o bebê pode até mamar/ alimentar-se em menor quantidade e urinar menos.

### **Como deve intervir/ prevenir?**

- Promover a sua hidratação – preserva as mucosas e ajuda a barreira contra os microrganismos responsáveis pelas infecções respiratórias
- Dê de mamar – o Leite Materno é o alimento exclusivo recomendado até aos 6 meses e tem diversos anticorpos que protegem o bebê
- Alimentar/ dar de mamar mais vezes e em menor quantidade
- Faça lavagem nasal com soro fisiológico várias vezes ao dia, sempre que necessário e principalmente antes do bebê dormir ou mamar
- Lembramos que a tosse é o mecanismo de defesa do bebê, por isso pode estimular a tosse
- Promover um ambiente tranquilo e proteja o bebê do frio, sem o sobreaquecer
- Proteja o seu bebê do frio, sem o sobreaquecer
- Mantenha a cabeceira elevada

- No caso de indicação médica prévia, poderá administrar terapêutica broncodilatadora conforme indicado
- Assegure-se que tem o bebê tem o PNV atualizado
- Não fume perto das crianças. Os ambientes com fumo são nocivos para os bebês
- Evite levar o bebê para locais públicos fechados e/ou com muita gente
- Se o seu bebê estiver a ficar doente, não o leve para a creche/ infantário
- Caso algum dos elementos do agregado familiar esteja doente, deverá lavar frequentemente as mãos e evitar dar maminhos ao bebê, por mais difícil que seja.

## **Como se faz a lavagem nasal com soro fisiológico?**

Material:

- Soro fisiológico (p.e. ampolas de 10 ml)
- Seringa de 1 ou 3 ml
- Toalha de rosto/ compressas

Para a lavagem nasal com soro fisiológico, o soro deverá estar à temperatura ambiente, para evitar a irritação da mucosa nasal. Poderá usar uma toalha ou manta para envolver o bebê, para o conseguir segurar melhor e manter mais calmo.

Se o bebê for ainda pequeno, deve deitá-lo e lateralizar-lhe a cabeça para o lado contrário ao que vai instilar o soro. Caso o seu bebê já seja mais crescido, poderá sentá-lo ligeiramente inclinado para a frente. Esta posição evita que o bebê se engasgue e que o soro e muco progridam para o ouvido, evitando assim as otites.

Deverá instilar o soro de forma contínua. Não deve fazê-lo rápido demais. Observar se há a saída de soro pela narina contrária, arrastando assim as secreções para fora das narinas. Após este procedimento, deverá lateralizar a cabeça do bebê para outro lado e repetir. Deverá repetir este processo até que as narinas do bebê estejam limpas.

Poderá realizar a lavagem nasal com soro fisiológico diversas vezes, tantas quantas sejam necessárias, principalmente antes do bebê dormir ou ir mamar/alimentar-se.

É importante que saiba que é normal o bebê chorar uma vez que esteve imobilizado, porém a lavagem nasal com soro fisiológico não é um procedimento doloroso.

## **O que é um aspirador nasal?**

O aspirador nasal foi desenvolvido com o objetivo desobstruir com segurança o nariz dos bebês e crianças pequenas. Uma vez que até aos 6 meses os bebês respiram pelo nariz, torna-se essencial assegurar que este está limpo.

Existem diversos tipos de aspirador nasais, desde os manuais aos elétricos. Os pais devem optar por aquele que lhes for mais prático de utilizar. Os elétricos têm uma maior capacidade de sucção e a uma pressão constante, enquanto, por outro lado os aspiradores manuais possibilitam que os pais controlem a pressão de sucção exercida.

A aspirador manual pode ser semelhante a uma pequena bombinha de ar, em forma de pêra ou semelhante a uma seringa ligada a um bocal e ambos podem ser comprados na farmácia ou em algumas lojas para crianças.

## **Como se aspiram as secreções nasais?**

Comece por inserir o filtro no aspirador (caso tenha) e deitar o bebê de costas. A partir deste passo dependerá do aspirador de secreções que adquiriu:

- Aspirador com bocal: insira a ponta macia do aspirador na narina do bebê e o bocal de aspiração na sua boca. Aspire suavemente as secreções e repita o procedimento na outra narina;
- Aspirador em forma de pêra: aperte a pêra e insira a ponta macia do aspirador na narina. Depois desaperte a pêra suavemente para que o vácuo gerado no interior aspire as secreções e repita o procedimento na outra narina;
- Aspirador elétrico: insira a ponta macia do aspirador na narina do bebê e aspire as secreções do bebê. Repita o procedimento na outra narina

Para finalizar, abra o aspirador, deite as secreções e o filtro para o lixo, lave muito bem o aspirador com água quente e deixe a secar.

## **Quais são os sinais de alarme?**

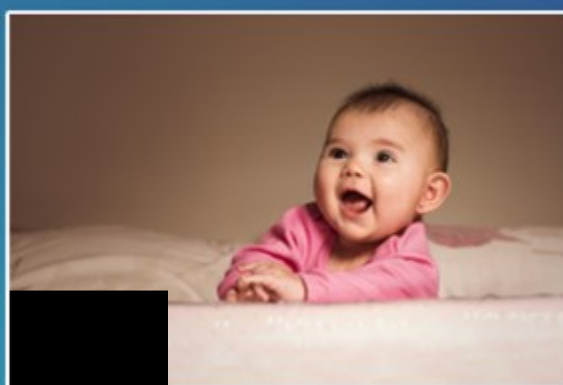
Deverá recorrer ao centro de saúde/ serviço de urgência se o seu bebé se encontrar numa destas situações:

- Recusa alimentar ou vômitos persistentes
- Dificuldade respiratória que não melhora
- Lábios ou unhas azuladas
- Pausas respiratórias (apneia)
- Febre elevada ( $>39^{\circ}\text{C}$ ) ou que não baixa com medicação
- Períodos de irritabilidade difícil de consolar ou sonolência excessiva e pouco reativo

APÊNDICE XLII – Panfleto Divulgativo “Nariz Limpo, Bebê Feliz”



## “Nariz Limpo, Bebé Feliz”



Tenha acesso ao nosso  
vídeo através do QR Code

ou do link: <https://files.fm/f/yuz8ss9qc>

Tenha também acesso a um  
documento informativo  
através do QR Code



APÊNDICE XLIII – Sessão Formativa do Projeto “Nariz Limpo, Bebê Feliz”



# Nariz Limpo, Bebé Feliz



Trabalho Realizado por:  
Bárbara C. Caldeira  
Aluno do Curso de Medicina  
Especialização em  
Enfermagem de  
Cuidados de  
Saúde da Criança  
Orientação de:  
Professora Dra Sílvia Caldeira  
Enfermeira

1

## Sumário

- Introdução
- Principal sintomatologia
- Intervenção e Prevenção
- Realização de lavagem nasal
- Aspiração de secreções no domicílio
- Sinais de alarme
- Conclusão



3

## Objetivo

Apresentar o projeto de promoção da saúde "Nariz Limpo, Bebé Feliz"

Constituído por duas partes:

- Vídeo
- Documento Informativo



2

## Introdução

Com a chegada do outono e inverno, surge também o aumento do número de casos de infeções respiratórias nas crianças.



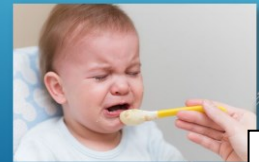
As doenças respiratórias são muito frequentes nas crianças, sendo maioritariamente, de origem viral

4

## Principal Sintomatologia

5

Ao final de 2-3 dias é possível ouvir-se pieira ou farfalheira, o bebé apresenta polipneia, secreções nasais e tiragem supra, inter e/ou infracostal, Apresenta diminuição da ingesta.



7

Tosse



Febre baixa  
(que cede com antipiréticos)



6

## Prevenção e Intervenção

8

Promover a hidratação  
(preserva as mucosas e ajuda a barreira  
contra os microrganismos)



Alimentar mais vezes e em menor  
quantidade

Recomendar não deixar de dar  
de mamar  
(O LM possui anticorpos muito  
importantes)



9

Fazer lavagem nasal com soro  
fisiológico



Aspirar as secreções nasais do bebé



11

Promover um ambiente tranquilo e proteger  
o bebé do frio, sem o sobreaquecer  
Manter a cabeceira elevada



Cumprir o PNV

No caso de indicação médica prévia,  
pode ser administrada terapêutica  
inalatória



10

Manter o bebé afastado de  
ambientes com fumos



Evitar levar o bebé para locais  
públicos fechados e/ou com muita gente



12

Se alguém elemento do agregado  
familiar estiver doente, lavar  
frequentemente as mãos e evitar  
acariciar o bebé



Se o bebé estiver doente, não o  
levar para a creche/ infantário



13



### MATERIAL

Soro fisiológico (p.e.  
ampolas de 10 ml)  
Seringa de lou 3 ml  
Toalha de rosto/  
fraldinha/ compressas

15

## Realização de Lavagem Nasal

14

### SUGESTÕES

O soro deve estar à temperatura ambiente,  
para evitar a irritação da mucosa nasal

Pode-se usar uma toalha ou manta para  
envolver o bebé, para o conseguir segurar  
melhor e manter mais calmo



16

É importante explicar aos pais que a lavagem nasal com soro fisiológico não é um procedimento doloroso e que é normal o bebé chorar uma vez que está imobilizado



17

Instilar o soro de forma contínua, para que saia pela narina contrária, arrastando as secreções para fora do nariz



Depois é só lateralizar a cabeça do bebé para o outro lado e repe

19

Começar por deitar ou sentar o bebé e lateralizar-lhe a cabeça para o lado contrário ao que se vai instilar o soro



Esta posição evita que o bebé se engasgue e que o soro e muco progridam para o ouvido, evitando assim as otites

18

A lavagem nasal com soro fisiológico pode ser feita ao longo do dia, as vezes que forem necessárias, principalmente antes do bebé dormir ou mamar/ser alimentado



20

## Aspiração de secreções nasais

21

Os aspiradores elétricos têm uma maior capacidade de sucção e exercem uma pressão constante



23

## O QUE É UM ASPIRADOR NASAL?

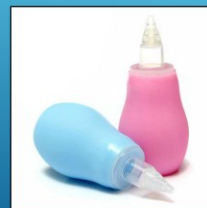
O aspirador nasal é um dispositivo utilizado com o objetivo desobstruir com segurança o nariz dos bebés e crianças pequenas

Existem 2 tipos de aspiradores nasais: os elétricos e os manuais

Os pais devem optar por aquele que lhes for mais prático de utilizar

22

Os aspiradores manuais possibilitam que os pais controlem a pressão de sucção exercida



24

### ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES

Passo 1: insira o filtro e feche o aspirador nasal

Passo 2: deite o bebé de costas



25

### ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES

Passo 3: (aspirador em péra): Apertar a péra e insira a ponta macia do aspirador na narina  
Desapertar a péra suavemente para que o vácuo gerado no interior aspire as secreções e repetir o procedimento na outra narina



27

### ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES

Passo 3: (aspirador com bocal): Inserir a ponta macia do aspirador na narina do bebé e o bocal de aspiração na boca  
Aspirar suavemente as secreções e repetir o procedimento na outra narina



26

### ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES

Passo 3: (aspirador elétrico): Inserir a ponta macia do aspirador na narina do bebé e aspirar as secreções do bebé  
Repetir o procedimento na outra narina



28

### ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES

Passo 4: abrir o aspirador e deitar fora o filtro e as secreções

Passo 5: lavar o aspirador com água quente e deixe a secar



29

OS PAIS DEVEM RECORRER AO CENTRO DE SAÚDE/ SERVIÇO DE URGÊNCIA SE O BEBÉ SE ENCONTRAR NUMA DESTAS SITUAÇÕES:

- Recusa alimentar ou vômitos persistentes
- Dificuldade respiratória de agravamento progressivo
- Cianose labial ou do leito ungueal
- Episódios de apneia prolongada
- Febre elevada (>39°C) ou que não cede com antipiréticos
- Períodos de irritabilidade de difícil consolo ou letargia/ sonolência excessiva

31

## Sinais de Alarme

30

## Conclusão

- Reforço dos ensinamentos
- Capacitação parental
- Promoção da saúde



32





APÊNDICE XLIV – Plano de Sessão Formativa do Projeto “Nariz Limpo, Bebê Feliz”



## Plano de Sessão

TÍTULO: “Nariz Limpo, Bebê Feliz”

DESTINATÁRIOS: Equipe de enfermagem da USF [REDACTED]

DATA: 15-12-2021 às 14 horas.

DURAÇÃO: 10 minutos;

LOCAL: Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]

FORMADORA: Enf.º Marco Cabeça (estudante do Mestrado com especialidade em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica);

OBJETIVO GERAL: Apresentação do projeto “Nariz Limpo, Bebê Feliz”;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Consciencialização para a importância da capacitação na área da prevenção e intervenção no bebé com sinais de dificuldade respiratória.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Percentagem  $\geq$  a 50% dos elementos da equipa de enfermagem responderem ao inquérito disponibilizado no final da apresentação
- Percentagem  $\geq$  a 50% dos elementos da equipa de enfermagem da USF [REDACTED] considera o vídeo “Nariz limpo, Bebê feliz” uma intervenção pertinente do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
<b>Introdução</b>	Objetivo da Apresentação Sumário	Apresentação de diapositivos realizada em Microsoft PowerPoint™ com exposição oral	Computador PowerPoint® Projetor	2 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Introdução Principal sintomatologia Prevenção e Intervenção Realização de lavagem nasal Aspiração de secreções nasais Sinais de Alarme			6 min
<b>Conclusão</b>	Conclusão Feedback Apreciativo da Equipa de Enfermagem Referências Bilbiográficas			2 min

## Registo de presenças

15-12-2021 - 14h
Enf.ª C. D.
Enf.ª G. B.
Enf.ª J. C.
Enf.ª P. C.
Enf.ª S. C.
Enf.ª V. Z.

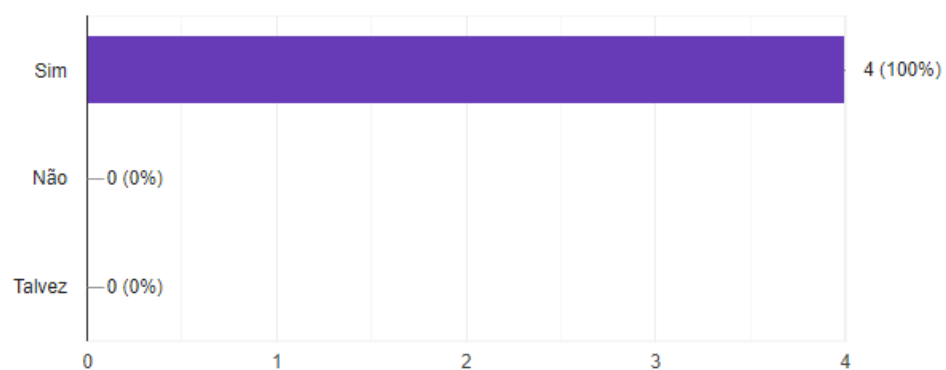
APÊNDICE XLV – *Feedback* obtido da Equipa de Enfermagem através do Instrumento  
Apreciativo da Sessão Formativa “Nariz Limpo, Bebê Feliz”



### Resposta da Equipa de Enfermagem à Questão 1

Considera o projeto "Nariz limpo, Bebê feliz" uma intervenção pertinente do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica?

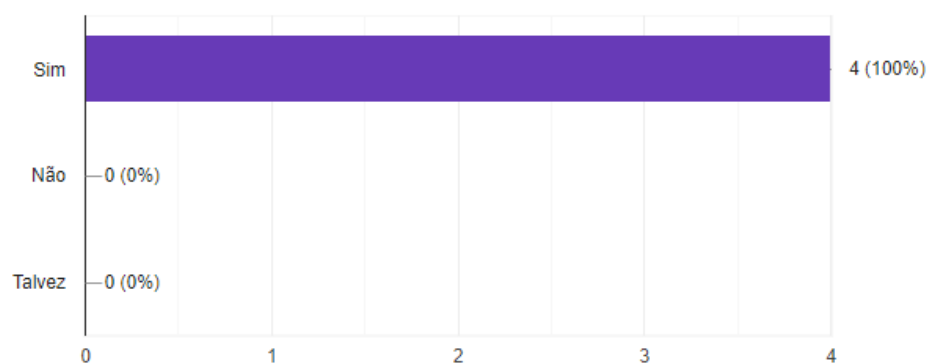
4 respostas



### Resposta da Equipa de Enfermagem à Questão 2

Considera a informação abordada no projeto "Nariz Limpo, Bebê Feliz" completa e de fácil compreensão?

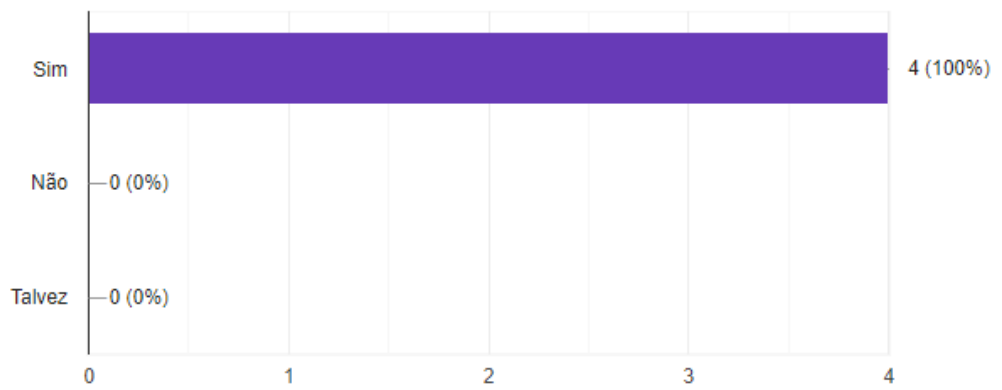
4 respostas



### Resposta da Equipa de Enfermagem à Questão 3

Considera pertinente a disponibilização do vídeo "Nariz Limpo, Bebê Feliz"?

4 respostas



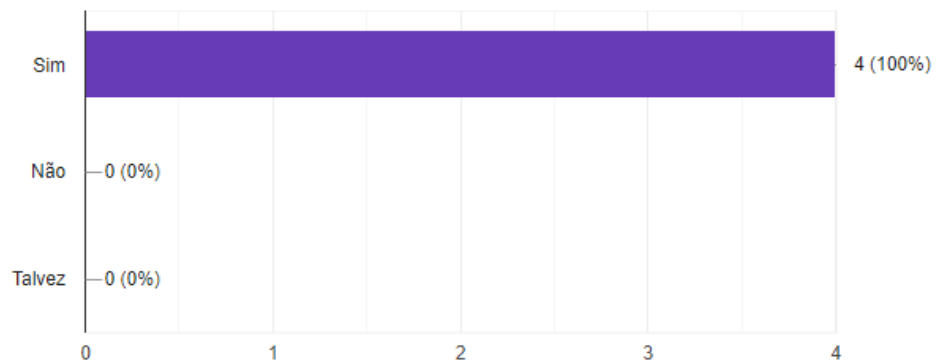
APÊNDICE XLVI – *Feedback* obtido da Equipa de Enfermagem através do Instrumento  
Apreciativo da Sessão Formativa “Sexualidade Saudável na Adolescência”



### Resposta da Equipa de Enfermagem à Questão 1

Considera o projeto "Sexualidade Saudável na Adolescência" uma intervenção pertinente do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica?

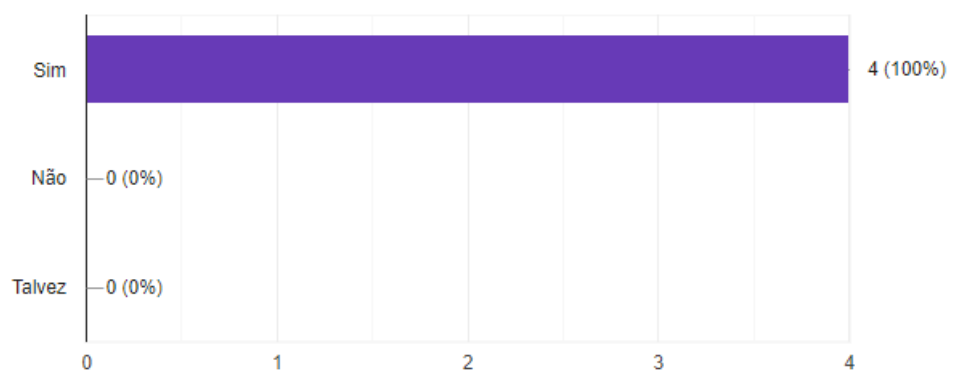
4 respostas



### Resposta da Equipa de Enfermagem à Questão 2

Considera a informação abordada no projeto "Sexualidade Saudável na Adolescência" completa e de fácil compreensão?

4 respostas



### Resposta da Equipa de Enfermagem à Questão 3

Considera que com este projeto se conseguirá mudar os comportamentos sexuais de risco na população juvenil?

4 respostas

