



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O Caminho do Desenvolvimento de Competências do Cuidado a Crianças, Jovens e Famílias

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

Por
Marília Alexandra Teixeira Marques Ribeiro

Porto, julho de 2024



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

O Caminho do Desenvolvimento de Competências do Cuidado a Crianças, Jovens e Famílias

The Path for Skills Development in Caring for Children, Teenagers and Families

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

Por

Marília Alexandra Teixeira Marques Ribeiro

Sob a orientação da Professora Doutora Constança Festas

Porto, julho de 2024

RESUMO

A criança transformou-se numa entidade de singular importância no quadro social e no seio familiar. No entanto, esse destaque representa desafios para as crianças e suas famílias já que se encontram mergulhadas em inúmeras influências que as podem tornar vulneráveis, particularmente, em relação à saúde, uma vez que esta é o reflexo do seu desenvolvimento, estado de saúde e raízes culturais que a alimentam. As particularidades inerentes a cada criança/jovem e família exigem uma atenção diferenciada, impondo desafios à enfermagem que deve adaptar os seus cuidados à singularidade deste binómio, determinando o desenvolvimento de um conjunto de competências específicas na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que visem à prestação de cuidados de excelência. O presente relatório assume-se como um retrato do caminho para a aquisição de competências no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem – Porto, do Instituto de Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito da Unidade Curricular *Estágio Final e Relatório*, durante a realização do estágio nos contextos de cuidados intensivos neonatais, serviço de urgência pediátrica e cuidados de saúde primários. Este documento foi elaborado tomando como referencial os quatro domínios de competências que emergem do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, nomeadamente a Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação. Do caminho percorrido para a mestria e desenvolvimento de competências especializadas, são descritas as principais atividades executadas para a consecução dos objetivos, sob uma perspetiva reflexiva e crítica, numa estreita relação com a melhor evidência científica. Reconheci a inequívoca relevância do enfermeiro especialista nas esferas da Gestão, Formação e Investigação, almejando sempre a salvaguarda da segurança e a primazia dos cuidados prestados. Destaco o particular enfoque para a problemática da exposição a ecrãs pelas crianças e os efeitos negativos que podem advir, tema que norteou a minha intervenção no sentido da promoção da parentalidade e da saúde infantil e juvenil, assim como no desenvolvimento de competências de investigação, através da Revisão Integrativa da Literatura efetuada, e de competências de formação como elemento facilitador e promotor de progresso formativo. Não foram, no entanto, descuidados temas como a comunicação com a criança/jovem e família, as situações de especial complexidade, os cuidados centrados no desenvolvimento, a parceria de cuidados. Esta jornada formativa revelou-se fundamental para a aquisição e consolidação de competências que me permitirão cuidar de forma mais impactante e com a excelência que o cuidar preconiza, mas sobretudo transformadora na forma como me fez sentir esses cuidados à criança/jovem e família.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista; Saúde Infantil e Pediátrica; Competências; Cuidado à Criança/Jovem e Família; Exposição a ecrãs.

ABSTRACT

The child has become an object of particular importance in the social framework and within the family environment. However, this emphasis represents challenges for children and their families as they are absorbed by numerous influences that can make them vulnerable, particularly regarding health, as this reflects their development, health status and cultural background. The particularities associated with each child/young person and family require differentiated attention, imposing challenges on nursing who must adapt their care to the individuality of this binomial, defining the development of a set of specific skills in Child and Pediatric Health Nursing that aim for excellence of care. This report represents the path to obtaining skills in the Master's Degree in Nursing with Specialization in Child and Pediatric Health Nursing, at the School of Nursing – Porto, at the Health Institute of the Portuguese Catholic University, within the scope of the Unit Final Internship Curriculum and Report, during the internship in the contexts of neonatal intensive care, pediatric emergency service and primary health care. This document was organized taking as a reference the four areas of competencies that emerge from the study plan of the Master's Degree in Nursing, specifically, Care Provision, Care Management, Training and Research. From the path taken towards mastery and development of specialized skills, the main activities carried out to achieve the objectives are described, from a reflective and critical perspective, in close relationship with the best scientific evidence. I recognized the explicit relevance of specialist nurses in the spheres of Management, Training and Research, always aiming to preserve safety and the primacy of the care provided. I highlight the particular focus on the issue of children's exposure to screens and the negative effects that can result from it, a subject that guided my interventions towards promoting parenting and child and youth health, as well as developing researching skills, through the Integrative Literature Review carried out, and the training skills as a member that facilitates and promotes the training progress. Nevertheless, subjects such as communication with the child/young person and family, particularly complex situations, development-centered care, and care partnerships were not disregarded. This training journey proved to be fundamental for the acquisition and consolidation of skills that will allow me to provide care in a more remarkable way and with the excellence that care advocates, but mostly transformative in the way this care for the child/young person and family made me feel.

Keywords: Specialist Nurse; Child and Pediatric Health; Skills; Child/young person and Family Care; Screen Exposure.

*Apesar das ruínas e da morte,
Onde sempre acabou cada ilusão,
A força dos meus sonhos é tão forte,
Que de tudo renasce a exaltação
E nunca as minhas mãos ficam vazias.*

Sophia de Mello Breyner Andresen

DEDICATÓRIA

A ti, Mãe,

que és a personificação do amor, fonte inesgotável de carinho e o meu porto seguro.

A tua força, coragem e resiliência são exemplos que guardo e que me guiam nos caminhos que escolho trilhar, inspirando-me continuamente a superar desafios com determinação e a valorizar cada conquista.

Nós somos a prova viva de que a vinculação é a mais bela e pura expressão de Amor.

Tenho a sorte imensa em ter-te ao meu lado, e esta conquista é, em grande parte, fruto do teu apoio incondicional, de acreditares em mim e de me ensinares a ser melhor.

Dedico este trabalho a ti, que és não apenas a minha Mãe, mas a minha maior

inspiração!

AGRADECIMENTOS

Esta jornada foi marcada por desafios e sacrifícios; foi um convite à superação que abracei com resiliência. Aos que caminharam ao meu lado neste percurso expresso a minha gratidão:

A todas as crianças/jovens e famílias por me permitirem tornar melhor Enfermeira.

À Professora Doutora Constança Festas pelos desafios, pela orientação, compreensão e palavras motivadoras nos momentos de desânimo.

A todos os professores deste Mestrado com quem tive o privilégio de aprender.

A todos os profissionais com quem me cruzei pela partilha.

Aos meus colegas de curso pelos bons momentos partilhados, pela união, pela celebração de conquistas e apoio nos desafios; ficarão para sempre no meu coração.

Aos meus amigos pelo *“Estamos aqui!”*.

À minha madrinha e padrinho pelo carinho de uma vida.

À minha amiga/companheira de aventura, pelo caminho partilhado que fortaleceu os nossos laços; sem ti não teria sido tão especial.

Ao meu pai, que muito me incentivou a ingressar neste curso e que, onde estiver, certamente estará orgulhoso.

À minha prima/irmã que mesmo à distância esteve sempre comigo.

Ao meu irmão que sempre acreditou em mim sem hesitação.

A Deus que me munuiu de força para chegar até ao fim.

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AES – Ação de Educação para a Saúde

AF – Ação de Formação

ASCJR – Ação de Saúde de Crianças e Jovens em Risco

CE – Chefe de Equipa

CEP- Consulta Externa de Pediatria

CESIJ – Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEEESIP – Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EF – Enfermeiro de Família

ELI – Equipa Local de Intervenção

FLACC-R – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised

IPI – Intervenção Precoce na Infância

SC – Supervisão Clínica

SIMCP – Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico

IPSS – Institutos Particulares de Solidariedade Social

MC – Método Canguru

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NHACJR - Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

N-PASS – Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

OBS – Sala de Observações

OE – Ordem dos Enfermeiros

PaedCTAS - Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale

PASSE – Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

PNPSO – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PRESSE – Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

RSVI – Rastreio de Saúde Visual Infantil

SC – Supervisão Clínica

SN – Serviço de Neonatologia

SNIFI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce

SUP – Serviço de Urgência Pediátrico

SUPP – Serviço de Urgência Polivalente Pediátrico

TIP – Transporte Inter-Hospitalar

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UP – Urgência Pediátrica

USF – Unidade de Saúde Familiar

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	21
2. DESENVOLVIMENTO PRÉVIO DE COMPETÊNCIAS: PERCURSO PROFISSIONAL E FORMATIVO	25
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	31
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	38
4.1 PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	39
4.2 DOMÍNIO DA GESTÃO	89
4.3 DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO	101
4.4 DOMÍNIO DA FORMAÇÃO	107
5. CONCLUSÃO	115
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
7. APÊNDICES	131
7.1 Apêndice I – <i>Visões de Empoderamento Digital</i>	133
7.2 Apêndice II – <i>Efeitos negativos da exposição a ecrã em crianças em idade pré-escolar</i>	167
7.3 Apêndice III – <i>Comunicação livre apresentada no VII Fórum das Especialidades de Enfermagem: Vulnerabilidade(s) no olhar dos Enfermeiros Especialistas</i>	200
7.4 Apêndice IV – <i>Formações realizadas durante o CMEEESIP</i>	204

7.5 Apêndice V – *Capacitação de Enfermeiros: Construindo Pontes Digitais na Saúde Infantil e Juvenil*

210

1. INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) *Estágio Final e Relatório*, inserida no 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMEEESIP), da Escola de Enfermagem – Porto do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, sendo um relatório compilador dos conhecimentos e competências desenvolvidos durante a realização do estágio, sob a orientação da Professora Doutora Constança Festas e tutoria de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, designados para o efeito pelos Enfermeiros Gestores de cada serviço.

A Enfermagem está em constante mudança e adaptação enquanto disciplina e profissão. Inevitavelmente, os cuidados de enfermagem acompanham esse desenvolvimento o que acarreta exigência da especialização e diferenciação (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Neste sentido, os enfermeiros enfrentam também um aumento na necessidade de investimento e diferenciação. Atendendo a que as necessidades são orientadoras para a prática do cuidar, é imperativo que os enfermeiros se dediquem ao acompanhamento da transformação e à aquisição de competências que possibilitem atender às necessidades da população que se comprometem cuidar. Esta declaração abarca a determinação pessoal de ampliar horizontes intelectuais, aprofundar os saberes, e o entusiasmo em contribuir ativamente para a edificação de uma Enfermagem impactante para as crianças/jovens e famílias, tendo-me impulsionado a embarcar neste CMEEESIP.

Inspirada pelas vivências passadas que moldaram o meu percurso procurei, neste percurso de formação na área da Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, continuar a trilhar o caminho do progresso profissional na busca pela excelência, no aprimoramento e desenvolvimento de competências. Conto com 16 anos de prática que me deram maturidade de me encontrar onde hoje estou, mas com a ambivalência pelo tanto que já aprendi e do tanto que tenho ainda para aprender.

O Enfermeiro Especialista (EE) é reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana para cuidar de forma especializada em determinadas áreas da enfermagem. Estes enfermeiros possuem um conhecimento aprofundado em uma área específica, que lhes permite responder de forma adequada às necessidades humanas decorrentes dos processos de vida e problemas de saúde. Esta capacidade exige níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão complexa e diferenciada, refletidos em competências especializadas próprias de um campo de intervenção específico (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Na perspectiva da distinção intencional, é evidenciada a importância de desenvolver competências, nomeadamente num Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico (SIMCP), Serviço de Neonatologia (SN), Serviço de Urgência Pediátrico (SUP) e nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), tal como se encontra descrito no Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Ressalvando que “o estágio deve ser considerado como um elemento central na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista” (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p. 2).

Na perspectiva do ciclo de estudos, foram considerados como enfoque os objetivos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, a considerar:

- *Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de Especialização;*
- *Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*
- *Demonstrar capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;*

- *Ser capaz de comunicar as conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências.*
- *Ser capaz de desenvolver uma aprendizagem de forma autónoma.*

O percurso de aquisição de competências de EEESIP iniciou-se com o meu percurso profissional na área em 2016, com o desenvolvimento de competências ao longo destes 8 anos que permitiram a creditação, referente ao estágio da UC *A Saúde da Criança e Família: Vigilância e Decisão Clínica*, num SIMCP.

Com vista à prossecução dos estudos para obtenção do grau de mestre e especialista, foram solicitados, no âmbito da UC *Estágio Final e Relatório*, os estágios nos contextos num SN, mais concretamente numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), num Serviço de Urgência Polivalente Pediátrico (SUPP), e nos CSP, mais concretamente, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Saúde Familiar (USF), com a intencionalidade de aquisição de competências de EEESIP.

O investimento nesta jornada formativa é considerado uma aposta no conhecimento, bem como um acréscimo que se tornará precioso no âmbito do meu desempenho profissional, possibilitando uma nova perspetiva sobre a criança/jovem e família, independentemente do seu contexto, lutando pela qualidade e segurança dos cuidados prestados e delineando um percurso em direção à excelência em enfermagem.

Neste contexto, e considerando a importância de um relato formal das competências adquiridas, o presente relatório tem como propósito: relatar as atividades realizadas com o intuito de alcançar os objetivos estabelecidos para o estágio; descrever a evolução das aprendizagens, oportunidades e contributos e refletir de forma crítica sobre as competências adquiridas.

O título deste relatório reflete o percurso rumo ao desenvolvimento de competências no cuidado à criança/jovem e família. A escolha reflete uma menção poética ao trajeto percorrido, indicando o caminho em direção ao aperfeiçoamento das competências necessárias para atuar como mestre e EEESIP.

Para uma perceção abrangente, mas evidenciada nos aspetos mais relevantes, este relatório inicia com a presente introdução, que será seguida por uma descrição das

competências previamente desenvolvidas, tendo em conta o meu percurso profissional e formativo, continuando com um capítulo para uma breve contextualização dos locais de estágio. Seguidamente, será apresentado um capítulo para análise das competências desenvolvidas, de acordo com os domínios das competências do EE e, posteriormente apresentada uma conclusão com síntese dos principais aspetos e implicações para a prática. Por fim, a bibliografia de suporte devidamente referenciada segundo a norma de referência da *American Psychological Association* 6ª edição e os apêndices como suplementos que enriquecem o documento e facilitam na elucidação de determinadas atividades realizadas.

A redação do relatório baseou-se numa metodologia descritiva e crítico-reflexiva, utilizando a descrição e análise das experiências e competências adquiridas durante o estágio mencionado, através dos objetivos traçados nos diferentes contextos de estágio, além de destacar as atividades desenvolvidas como forma de os alcançar, sustentando os conteúdos expostos pela literatura pertinente, outros documentos orientadores e da melhor evidência científica disponível.

2. DESENVOLVIMENTO PRÉVIO DE COMPETÊNCIAS: PERCURSO PROFISSIONAL E FORMATIVO

O desenvolvimento de competências é uma jornada que provém do acúmulo de conhecimento, vivências e sua transmissão, especialmente nos cenários de cuidado, aliando saberes científicos e tecnológicos. Desta forma, a análise profunda das experiências de aprendizagem e a conexão clara e inequívoca entre estas e a literatura, viabiliza o progresso do conhecimento, o aprimoramento das práticas e o reconhecimento das competências adquiridas (Benner, 2001).

Adentrei neste CMEEESIP em busca de ampliar horizontes, onde a reflexão do saber acumulado ao longo do meu percurso profissional que me dotou de competências em determinados domínios, se unisse em harmonia ao conhecimento empírico e teórico. Foi a fusão desses “mundos” que me permitiu consolidar saberes, aperfeiçoar competências, adquirir novas e florescer durante o estágio final de forma ao meu desenvolvimento integral.

Iniciei o meu percurso em cuidados a adultos, numa Unidade de Cuidados Continuados, ainda que pouco tempo, tendo depois enveredado pelos cuidados hospitalares, nomeadamente, num Serviço de Medicina Interna. Nessa altura acreditava que era essa a minha área de eleição até que, em 2016, fui convidada a mudar completamente e ingressar nos cuidados à criança e jovem. Ainda que apreensiva, aceitei o desafio e aqui descobri uma área mágica do cuidar, em que o enfermeiro é muito mais; em que o seu cuidar é um todo onde coloca a alma, que tem sensibilidade para nutrir e enriquecer com afeto o cuidado à criança/jovem e família, em que os compreende como seres únicos e parceiros no cuidar, em que é significativo para os seus processos de transição, superando o ato técnico mas que possui de forma altamente diferenciada, em que proporciona um ambiente seguro e afetivo e, para além de tudo, em que utiliza a diversão e brincadeira mesmo nos momentos mais difíceis. Tal como Watson (2012) enfatiza, a relação entre enfermeiro-criança/jovem/família transcende o mundo físico e material, valoriza a mente e as emoções e caracteriza-as como janelas para a alma (Watson, 2012).

Desde então, abraço esta área com muito carinho, mas também com muita responsabilidade, o que me possibilitou, a creditação ao estágio do segundo semestre, do primeiro ano, da UC *A Saúde da Criança e Família: Vigilância e Decisão Clínica*, de acordo com o regulamento geral deste curso.

Integro há 8 anos a equipa de um Serviço de Pediatria que engloba SIMCP, Consulta Externa de Pediatria (CEP) e SUP.

No desempenho das minhas funções no SIMCP, dedico-me ao zelo e cuidado das crianças e jovens, desde um mês de vida até aos 18 anos de idade, sempre acompanhados pelos pais ou figura de referência. Este espaço hospitalar oferece um ambiente de cuidados especializados tanto na área médica como cirúrgica, particularmente a especialidades como cirurgia, otorrinolaringologia, ortopedia e ainda, apesar de raras vezes, ginecologia.

A hospitalização é um momento stressante não só para a criança/jovem como para a família. O acolhimento emerge como uma premissa essencial a fim de suavizar as agruras da hospitalização e da doença. No que tange às crianças/jovens, procuro mitigar o stress pela separação, perda de controlo, lesão corporal e dor. No que concerne aos pais, providencio-lhes esclarecimentos acerca do porvir, conjuntamente com as expectativas em relação a eles, incentivando incessantemente a sua participação nos cuidados prestados ao seu filho, fomentando os laços familiares e evidenciando a valiosa contribuição que desempenham na sua recuperação (Tavares, 2020).

Os cuidados que presto são meticolosamente planeados, tendo em consideração as necessidades individuais de cada criança/jovem e família. Utilizo a minha perícia clínica para avaliar as necessidades, formular diagnósticos de enfermagem e identificar focos de atenção, planear e realizar intervenções adequadas visando atender a essas necessidades. Através da realização do processo de enfermagem, desenvolvo competências de avaliação e decisão diagnóstica na prestação de cuidados o que favorece o meu juízo clínico (Sanders, 2014).

Desde o primeiro momento, mas também ao longo de todo o contacto, estabeleço uma comunicação eficaz e efetiva com a criança/jovem e família, através de uma postura empática possibilitando uma relação terapêutica alicerçada na confiança. Emprego métodos de comunicação adequados à idade e ao nível de desenvolvimento da criança e procuro compreender os pais através da escuta ativa e empática, sem nunca desmesurar a

paralinguagem. Acima de tudo, respeito a cultura, as convicções, crenças e singularidade, proporcionando um ambiente acolhedor e colaborativo.

Tal como já referi, a hospitalização afeta toda a família, por isso, esta não pode ser descurada. Neste sentido, envolvo, respeito e encorajo a família de forma a que no decorrer da hospitalização atuem ao máximo. No processo de planeamento dos cuidados são sempre incluídos os pais através de um processo colaborativo e como parceiros no cuidar, envolvendo-os nas decisões. Para isso, os pais são capacitados de conhecimentos e habilidades com o intuito de empoderamento de modo a serem capazes de adquirir o máximo de autonomia possível e a toma de decisões informadas. Também as crianças/jovens são incluídas neste processo, da mesma forma que promovo a sua autonomia. Aproveito estes momentos para promover igualmente a saúde para o normal crescimento e desenvolvimento da criança.

O diagnóstico de uma doença crónica ou incapacitante da criança/jovem impõe desafios singulares decorrentes das demandas inerentes às suas necessidades e gestão de saúde, mas também do caminho para a aceitação da sua condição. No serviço de internamento, deparamo-nos diariamente com o diagnóstico ou agudização de doenças crónicas, nomeadamente, Diabetes Mellitus Tipo 1, Epilepsia, Cardiomiopatia, Paralisia Cerebral, entre outras. A descoberta de uma doença crónica ou incapacitante desencadeia múltiplas e diversas reações, tanto a nível individual como familiar. Cada criança/jovem e família reage de forma única e necessita de tempo para assimilar e lidar com o diagnóstico. É aqui que nos evidenciamos e que o nosso apoio desempenha um papel crucial neste processo, auxiliando na aceitação da situação e na reintegração do quotidiano, permitindo o desenvolvimento de expectativas realistas e a adaptação à nova realidade. É um momento de grande vulnerabilidade, onde a nossa presença e o auxílio de outros profissionais são fundamentais para o bem-estar emocional e físico das crianças/jovens e suas famílias. No momento da notícia do diagnóstico somos nós que estamos à cabeceira a apoiar, dando espaço para expressão de emoções e sentimentos, ouvindo ativamente, desmistificando questões e esclarecendo dúvidas (Charepe, 2020).

Os pais são peças fundamentais na forma como a criança/jovem reage e se adapta à doença crónica, tendo repercussões diretas uma vez que, através dos seus comportamentos moldam a maneira como as crianças/jovens interpretam as suas emoções, lidam com o receio do que é desconhecido, com os sintomas e os efeitos indesejáveis da terapêutica, bem como da necessidade de procedimentos (Charepe, 2020).

Considerando esta complexidade, e tendo em conta a que a cada situação acresce a singularidade da criança/jovem e família, com uma postura calma e uma escuta ativa, procuro compreender o que sabem sobre a doença e as suas implicações no quotidiano. Atendendo aos sinais que me vão facultando, vou fornecendo informação, ajustando a quantidade e o conteúdo conforme o que se encontram preparados para receber, promovendo e incentivando o envolvimento de todos nas decisões e nos cuidados, negociando, e, através desta informação adequada e atempada, empoderando a criança/jovem e família de modo a que se tornem autónomos (Charepe, 2020).

Sendo um processo tão complexo, exige uma abordagem transdisciplinar com a parceria efetiva da família. Posto isto, encaminho para outros profissionais e até para associações e grupos de apoio para que este processo de transição seja facilitado e que a adaptação se dê o mais rápido e melhor possível.

Relativamente à CEP, presto cuidados a RN, crianças e jovens dando continuidade à promoção da adaptação à doença crónica, reforçando os ensinamentos efetuados em contexto de internamento e acompanhando o processo nas suas diferentes fases de adaptação, fornecendo estratégias e apoio. Presto cuidados em resposta às necessidades de todo o ciclo de vida, avaliando o crescimento e desenvolvimento.

No SUP atendo crianças desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias em situações de urgência, emergência e trauma, embora também muitas vezes situações não urgentes. Neste contexto, a necessidade de identificar de forma antecipada situações de instabilidade das funções vitais é uma exigência diária. A triagem, como ponto inaugural do meu contato com a criança/jovem e família, demanda uma análise rápida e perspicaz do seu estado de saúde, fundamentada no pensamento crítico, a fim de determinar com diligência o grau de urgência que lhe deve ser atribuído. Também neste primeiro contacto a comunicação é essencial para determinar o modo como o contacto se vai dar ao longo de todo o processo assistencial. Na sala de emergência, deparo-me com a criança/jovem gravemente doente e em risco de vida pelo que tenho que agir com rapidez e eficácia, aplicando conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida Pediátrico.

De forma transversal aos três locais onde incidem a minha prestação de cuidados, estes cuidados são centrados na família, promovendo a parceria e com base na negociação do binómio criança/jovem e família, de forma a atingir o potencial de saúde. Para além disso, promovo a parentalidade e a satisfação do papel parental qualquer que seja a fase do ciclo

de vida. Faço uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, instituindo medidas farmacológicas e não farmacológicas para a prevenção, controlo e alívio da dor diminuindo, por conseguinte, a sensação de impotência parental. Procuo deter uma postura segura, assertiva, mas empática, promovo a comunicação com uma escuta ativa demonstrando efetivamente preocupar-me com as suas inquietações.

Em todos os locais é tida em consideração a relevância dos registos de enfermagem. Estes são efetuados no programa *SClínico* atendendo às particularidades de cada local do cuidado.

No decurso destes anos de atividade profissional, adquiri competências em gestão, visto que assumo responsabilidades de liderança e supervisão no desempenho das minhas funções. Colaboro ativamente na gestão do serviço ao ser designada como responsável de turno e na orientação/supervisão e avaliação de estudantes da Licenciatura, bem como na integração de novos profissionais.

De modo a manter contínua e autonomamente o processo de desenvolvimento pessoal, ao longo destes 8 anos, participei em formações realizadas no serviço, em formações internas decorrentes na unidade de prestação de cuidados e externas de forma a adquirir novos conhecimentos e a manter-me atualizada nesta vasta área da saúde infantil, procurando exacerbar a minha atitude critico-reflexiva e transpor para os meus cuidados os conhecimentos adquiridos.

Sempre que solicitado, respondi a questionários de forma a participar em trabalhos de investigação para alcance de uma enfermagem atualizada e significativa para os utentes.

Ao longo da minha jornada profissional, fui enriquecendo o meu repertório de competências, no entanto, foi nesta experiência académica que busquei aperfeiçoá-las e suprir as lacunas existentes que a prática por si só não consegue conceder, com o propósito de as desenvolver de forma consistente e atingir o exponencial máximo da enfermagem em saúde infantil e pediátrica.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O estágio final foi fundamental para aprimorar e expandir os meus conhecimentos pois, para além de consolidação de todo o conhecimento teórico e competências previamente aprendidas e apreendidas, novas foram adquiridas. Os locais de estágio proporcionaram o ambiente ideal para integrar conhecimentos na prática e refinar habilidades e atitudes adequadas em função das necessidades identificadas.

Este período foi particularmente enriquecedor e transformador tanto profissional como pessoalmente, e tornou-me mais confiante para enfrentar os desafios que surgirão na minha carreira de EEESIP. Nestes diferentes contextos, tive a oportunidade de contactar com muitos profissionais com quem aprendi, com quem cresci e que, com certeza, terão um papel fundamental no meu sucesso futuro.

O estágio decorreu de 4 de setembro de 2023 até 8 de março de 2024 e foi realizado em diferentes contextos.

O primeiro contexto teve lugar em ambiente hospitalar num SN mais concretamente na UCIN e num SUPP. O segundo contexto decorreu em CSP, efetuado numa UCC e numa USF.

A motivação para a escolha do contexto de UCIN recai sobre o especial interesse pela compreensão da complexidade da prestação de cuidados de medicina intensiva a Recém-Nascidos (RN) e Recém-Nascidos Pré-termo (RNPT) de alto risco com critérios de instabilidade hemodinâmica e promoção da parentalidade aliada a um ambiente inóspito e desafiador, mas propiciado a ideal, num local reconhecido pela excelência e prestigiado por profissionais e famílias como este, foi determinante para a escolha deste contexto.

Por outro lado, a motivação para a escolha do contexto do SUPP prendeu-se com o facto de este ser um serviço de referência, com uma casuística elevada no que diz respeito à prestação de cuidados diferenciados em diversas áreas da urgência e emergência uma vez que é hospital de última linha, prevendo-se uma diversidade e qualidade de experiências promotoras do desenvolvimento sustentado de competências do EEESIP. Para além da

possibilidade de aplicação de conhecimentos prévios, provenientes da prestação de cuidados à criança/jovem e família, permitindo o estabelecimento do diferencial entre os cuidados prestados pelo Enfermeiro Generalista e pelo EE.

Relativamente ao contexto de UCC e USF, mostram ser uma mais-valia na tónica da intervenção referente à área de abrangência do hospital onde exerço funções pelo que é desafiador descobrir essa perspetiva do cuidado, revelando-se preciosa para a minha intervenção diária na promoção da saúde e prevenção da doença, bem como na articulação entre diferentes áreas de cuidados.

Relativamente a todos, a escolha prendeu-se com o desejo de aprender e de beber do conhecimento dos locais mais diferenciadores de conhecimento e promotores de oportunidades.

Serviço de Neonatologia

O estágio teve início no contexto hospitalar e foi realizado entre 4 de setembro e 14 de outubro de 2023 num SN onde perfiz um total de 98 horas de contato direto de prestação de cuidados e 60 horas de trabalho autónomo. Este SN pertence a um hospital da zona Norte do país que presta assistência direta à população de 5 concelhos e é ainda referência a utentes de mais 3 concelhos (um total de abrangência de cerca de 500 mil pessoas). Os profissionais desta instituição no exercício da sua atividade orientam-se pelos valores da Competência, Paixão e Compaixão e têm como princípio o *“Reconhecimento da dignidade e do carácter singular de cada pessoa; Centralidade no doente e promoção de saúde na comunidade; Garantia aos cidadãos de uma prestação de cuidados de qualidade mediante uma utilização eficiente dos recursos disponíveis; Postura e prática com elevados padrões éticos, de acordo com os princípios gerais que devem reger um hospital universitário; Respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis.”* (site do hospital).

O SN encontra-se assim integrado na Área da Mulher e da Criança juntamente com o serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade de Procriação Medicamente Assistida e serviço de Pediatria.

O SN oferece cuidados especializados de alta qualidade a recém-nascidos (RN) desde as 24 semanas de gestação até aos 28 dias de vida, assim como apoio e assistência à família. A equipa presta cuidados de saúde intensivos e especiais, garantindo que cada bebé recebe

o melhor tratamento possível enquanto apoiam e envolvem ativamente a família durante esta fase de especial vulnerabilidade. Fazem parte da equipa multidisciplinar médicos neonatologistas, assistentes operacionais, uma psicóloga e enfermeiros. A equipa de enfermagem é constituída por 32 enfermeiros, 5 dos quais EEESIP, incluindo a Enfermeira Gestora, um EE em Saúde Materna e Obstétrica e 4 especialistas em Enfermagem de Reabilitação. O rácio de enfermeiros por turno é 4, sendo que pode aumentar quanto maior for a taxa de ocupação do internamento ou a complexidade dos RN internados.

Fazem parte da prestação de cuidados duas áreas: a UCIN e a Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN). O local a que são destinados os RN tem como base o seu diagnóstico, estabilidade clínica, necessidade de intervenções e tratamentos invasivos. São classificados como RN de alto ou médio risco de acordo com critérios estabelecidos internamente pelo serviço. Tanto a UCIN como a UCEN são em *open space* com incubadoras e berços ou incubadoras, respetivamente. As duas unidades dispõem de um posto de controlo onde é efetuada a monitorização e vigilância dos parâmetros vitais dos RN, sendo que este posto na UCIN é em vidro para uma vigilância mais apertada e para que haja isolamento acústico. Ao lado de cada incubadora/berço encontra-se um cadeirão para o progenitor. Existem, também, 2 quartos individuais para RN que necessitem de isolamento.

Da estrutura física do serviço também fazem parte uma sala de acolhimento para os pais, um dormitório com várias camas para os pais dos RN, uma vez que estes podem permanecer 24 horas por dia no serviço, um lactário que disponibiliza cadeirões, bombas extratoras de leite e material para que as mães possam efetuar a extração mecânica de leite, uma copa de leites, um pequeno laboratório para efetuar análises rápidas e armazenamento de amostras ou testes de Guthrie, um gabinete para acondicionamento e preparação de medicação, um armazém avançado com material armazenado, vários gabinetes, uma copa e um vestiário, ambos para os profissionais.

Durante este tempo a taxa de ocupação do SN foi de 64,84% (dados fornecidos pela secretária de unidade do SN).

Serviço de Urgência Pediátrico Polivalente

O segundo contexto, também de cariz hospitalar, decorreu no período de 16 de outubro a 18 de novembro de 2023 num SUPP com um total de 114 horas de contato direto e 60 horas de trabalho autónomo.

Este o SUPP localiza-se num hospital na zona Norte de Portugal e presta assistência direta à população de 3 freguesias do seu concelho e a mais 2 concelhos. Atua, igualmente, como centro de referência para o distrito onde se insere e para mais 2 distritos. Atua, também, como referência para áreas geográficas mais alargadas, no contexto das Redes de Referência Hospitalar, ou mesmo para áreas mais alargadas em áreas específicas em que atua como referência de excelência para doentes diversas áreas geográficas. Este hospital tem como missão prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor. Os seus profissionais orientam-se pelos valores da Competência, Humanismo, Paixão, Rigor, Transparência, União, Solidariedade e Ambição. E com princípios do *"Reconhecimento da dignidade e do caráter singular de cada pessoa que o habita; Centralidade do doente e promoção da saúde na comunidade; Postura e prática com elevados padrões éticos e respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis."* (site do hospital).

O SUPP integra a Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança juntamente com mais 9 serviços.

O SUPP oferece tratamentos de alta qualidade e eficiência a todas as crianças com menos de 18 anos de idade em situação de doença urgente e emergente ou trauma, utilizando uma rede de cuidados diferenciada.

Fazem parte da equipa multidisciplinar médicos pediatras e médicos de outras especialidades que prestam apoio à urgência, assistentes operacionais, administrativos e enfermeiros. A equipa de enfermagem é constituída por 54 enfermeiros, 17 dos quais EEESIP, do qual faz parte a Enfermeira Gestora. Os enfermeiros encontram-se organizados por equipas em que em cada turno se encontram distribuídos pelos diferentes setores de cuidados, e existindo sempre um chefe de equipa que é preferencialmente EEESIP e que, para além da prestação de cuidados, desempenha funções de gestão, assim como supervisiona e auxilia nos cuidados, nomeadamente na sala de emergência. Cada turno tem um total de 8 enfermeiros na prestação de cuidados.

Durante o estágio, o SUPP encontrava-se a funcionar temporariamente em contentores provisórios uma vez que o local da urgência se encontrava em obras de reestruturação. Desta forma, irei relatar como nesse momento se encontrava dividido e organizado o serviço.

Faziam parte da estrutura do SUPP a receção administrativa, 2 gabinetes de triagem onde através de aplicação da *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* (PaedCTAS) era efetuada uma avaliação e tomada de decisão de necessidade de urgência de observação e encaminhamento. Na triagem encontrava-se destacado sempre um enfermeiro mais experiente. Após esta avaliação a criança/jovem era encaminhado para a devida sala de espera. Faziam parte do serviço gabinetes médicos, uma sala de pequena cirurgia/ortopedia, um gabinete de enfermagem para realização de procedimentos onde se encontrava acondicionada medicação e onde esta era preparada, uma área de internamento de curta duração/sala de observações (OBS) com 11 camas (sendo uma de isolamento), e 4 vagas destinadas a doentes instáveis que necessitassem de especial vigilância, denominada de Área Laranja. O SUPP também possuía armazéns para guardar material, uma sala de sujos, 2 copas para os profissionais e uma sala de reuniões. A sala de emergência é um local fundamental deste SUPP (com 3 boxes) e que era partilhada com a equipa de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP).

Cuidados de Saúde Primários

O último contexto de estágio decorreu em CSP, mais especificamente numa UCC e numa USF, entre 20 de novembro de 2023 e 8 de março de 2024 com um total de 206 horas de contato direto (56 horas na USF e 150 horas na UCC) e mais 120 horas de estudo e trabalho individual. Tanto a UCC como a USF pertencem à Administração Regional de Saúde do Norte.

A UCC tem como missão a melhoria do estado da população da área geográfica em que intervém e rege-se pelos valores da Honestidade, Transparência e Integridade, Responsabilidade, Respeito, Segurança, Justiça e Equidade. Iniciou a sua atividade em junho de 2011 e dá resposta a 45462 utentes de 16 freguesias, dos quais 5630 utentes têm idade igual ou inferior a 14 anos (Ministério da Saúde, 2023).

A equipa multidisciplinar da UCC é constituída por 2 secretários clínicos, um nutricionista, um técnico superior de serviço social, uma psicóloga e 11 enfermeiros. Destes enfermeiros, 2 são EEESIP, 2 são enfermeiros Especialistas em Saúde

Comunitária, 3 são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 2 Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, 1 enfermeiro Generalista e a enfermeira Gestora da unidade que é Enfermeira Especialista em Saúde Pública.

A atividade do EEESIP é essencialmente direcionada para a Saúde Escolar [Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), Programa Regional de Saúde e Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE)], cursos de promoção e preparação para a parentalidade, espaço amamentar - uma vez que ambas as EEESIP são conselheiras de amamentação -, massagem infantil, intervenção precoce no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIP), nomeadamente, através da Equipa Local de Intervenção (ELI) e sinalização e deteção precoce de situações de risco através do Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco (NACJR), do qual a minha tutora faz parte, assim como da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ).

A USF *“tem por missão a prestação de cuidados personalizados à população inscrita, garantindo a Acessibilidade, a Globalidade, a Qualidade e a Continuidade dos mesmos”* (USF Pevidém, 2022, p. 7).

Orienta a sua atividade nos valores de Conciliação, Cooperação, Solidariedade, Autonomia, Articulação, Avaliação e Gestão participativa. A atividade da USF começou em 2007 como modelo A, tendo em 2009 passado a exercer como modelo B. Dá resposta a 5 freguesias do concelho onde se insere apesar de ter utentes que pertencem a outras freguesias. Apresenta 15652 utentes inscritos dos quais 1873 têm idade igual ou inferior a 14 anos (Ministério da Saúde, 2023).

A equipa da USF é constituída por 9 médicos, 18 enfermeiros (apenas um EEESIP e os restantes enfermeiros Generalistas) e 6 secretários clínicos.

Os utentes encontram-se distribuídos por equipas de saúde familiar. Cada profissional tem uma lista de utentes, sendo este o profissional de referência da respetiva área profissional. Os enfermeiros estão organizados por áreas geográficas, ou seja, cada enfermeiro tem uma ou mais freguesias e é responsável pelos cuidados aos utentes/famílias desse território.

Durante o meu estágio tive oportunidade de ver e participar nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, Rastreio de Saúde Visual Infantil (RSVI) e consultas de

planeamento familiar com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e o Programa Nacional de Vacinação (PNV).

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

As competências comuns dos EE são transversais a todos os especialistas, independentemente da sua área de especialidade, focando-se na capacidade de planear, gerir e supervisionar cuidados de saúde, bem como no apoio ao desenvolvimento profissional especializado através da formação, investigação e assessoria. Estas competências derivam das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas em saúde das populações, alinhando-se com o âmbito de atuação definido para cada especialidade, evidenciando um alto nível de adaptação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No vasto campo de atuação do EEESIP, a Ordem dos Enfermeiros (OE) definiu as competências específicas que definem o seu papel na maximização da saúde da criança/jovem, no cuidado em situações de especial complexidade e na prestação de cuidados específicos de acordo com as necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento das crianças e jovens (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste capítulo explano uma análise crítica e reflexão das competências desenvolvidas no decorrer dos contextos de estágio já mencionados, em concordância com os objetivos e competências gerais deste curso de mestrado e as competências previstas pela OE para a certificação do EE atendendo aos objetivos a que me propus no projeto de estágio apresentado, sustentada da melhor evidência científica.

A opção pela análise das atividades desenvolvidas nos contextos de estágio ao abrigo dos descritivos da OE para as competências comuns do EE permite uma análise abrangente, suportada em domínios comuns a todos os EE, estabelecendo um espaço para a reflexão acerca das experiências vivenciadas, bem como das competências adquiridas, no âmbito da prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família.

Na presente análise focar-me-ei nos objetivos mais relevantes, aludindo aos domínios das competências comuns do EE, integrando nos objetivos específicos a que me propus na

realização do estágio, assim como nas competências específicas do EEESIP que desenvolvi e as atividades que desenvolvi para as alcançar.

Para uma melhor compreensão da organização deste capítulo, e atendendo à necessidade de explicitação das competências desenvolvidas em cada contexto de estágio, optei por sistematizar a abordagem textual de acordo com os quatro domínios de competências que emergem do plano de estudos deste curso: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Investigação e Formação.

4.1 PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

O conhecimento em enfermagem é desenvolvido na prática de cuidados. É, de facto, da investigação que resulta a evidência científica, mas é da prática do cuidar que emergem os fenómenos a ser estudados e onde o conhecimento é consolidado e aperfeiçoado. No âmbito da prestação de cuidados especializados na área da saúde infantil e pediátrica, o EE presta cuidados à criança/jovem e família em parceria, atendendo às características próprias, tendo em conta o desenvolvimento e ciclo de vida da mesma, sendo capaz de atuar em situações de especial complexidade com a finalidade de educar e promover a saúde e prevenir e prestar cuidados em situação de doença (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Posto isto, torna-se fundamental o desenvolvimento de competências neste domínio.

A busca pela excelência no cuidado prestado reflete a importância do comprometimento e da dedicação dos enfermeiros na área da saúde infantil e pediátrica.

O desenvolvimento de competências ao longo do estágio é abordado de forma reflexiva, em consonância com os objetivos e atividades planeadas.

Competência Desenvolvida:

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

Objetivo:

- Conhecer a estrutura e a dinâmica da equipa multidisciplinar e interdisciplinar nos diferentes contextos de estágio.

Reflexão

Conhecer a estrutura física e a dinâmica de funcionamento dos contextos de estágio é essencial para o sucesso da integração e desenvolvimento de competências esperadas. A compreensão da organização, ambiente de trabalho, recursos humanos e materiais disponíveis, fontes de referenciação e a integração na equipa multidisciplinar, permitem entender e atender à complexidade dos problemas de saúde, facilitando a tomada de decisão e execução de intervenções. A integração é, portanto, crucial para o desenrolar de um estágio produtivo e consonante com os objetivos delineados, fundamental para o desenvolvimento das competências esperadas através de prestação de cuidados de excelência.

Em todos os locais de estágio, no primeiro dia, realizei uma visita guiada pelos serviços efetuada pelas enfermeiras orientadoras para conhecer, de uma forma geral, a estrutura física de cada serviço e a organização espacial. Durante essa visita foi-me sendo explicada a dinâmica de funcionamento do serviço em questão e fui também apresentada à equipa multidisciplinar que nesse momento se encontrava a trabalhar e à restante à medida que era possível. Nesse primeiro dia tive oportunidade de consultar os manuais de integração de cada contexto e foram-me facultadas normas, procedimentos e folhetos informativos aprovados. Autonomamente, já havia consultado os valores e missão de cada instituição (descritos na Contextualização dos Locais de Estágio), para que ao longo do estágio o pudesse integrar na minha prestação de cuidados. Aproveitei no final desse dia, em todos os contextos, para abrir portas e gavetas e visitar todos os locais a fim de memorizar o maior número de coisas possível. Em todos os locais fui extremamente bem recebida e aceite pela equipa multidisciplinar. Senti-me acolhida, tida em conta e levada em consideração, senti-me verdadeiramente integrada. As minhas integrações foram céleres e eficientes, por um lado, pela forma como fui recebida, pelo apoio no desenvolvimento das competências alvitadas, salientando, o papel das enfermeiras orientadoras neste processo, mas também, pela forma como me posicionei, procurando ter uma postura assertiva, de responsabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e interesse, com curiosidade, mas também colaborativa e proativa. Exemplo deste sucesso na integração

das equipas foi demonstrarem confiança na minha prestação de cuidados, conversando como se já fosse parte integrante da mesma e solicitarem a minha opinião.

O SN pertence à instituição onde exerço a minha atividade profissional, mas, apesar disso e tratando-se de um serviço muito especial, toda a dinâmica é bastante singular. É um serviço que requer profissionais altamente qualificados e especializados devido aos diferentes tipos de cuidados prestados. O tempo de internamento é variável, tal como a complexidade dos cuidados. Neste sentido, existem duas unidades dentro do serviço, uma para RN com maior instabilidade das suas funções vitais do que a outra, sendo exclusivamente na UCIN que a incidência dos meus cuidados se deu. Esta dinâmica de cuidados vai para além do serviço físico propriamente dito, os cuidados na Neonatologia também alcançam a articulação entre os contextos e outras unidades da própria instituição ou recursos da comunidade como o Bloco de Partos, quando é necessário prestar cuidados complexos e imediatos ao RN e transporte para a unidade de RN instáveis, da referência para outras unidades (por exemplo, do hospital para a UCC ou USF, para outros hospitais), e mesmo colaboração de outros profissionais (diferentes especialidades médicas, Nutrição, Serviço Social). Esta interação e diversidade de cuidados complementam-se proporcionando cuidados de qualidade.

No SUPP os cuidados estão direcionados para responder às necessidades de que surgem de forma repentina, como a doença aguda ou doença crónica agudizada, tratamento trauma/politrauma ou de doentes que requerem assistência imediata no hospital. Existe uma elevada afluência e rotatividade de doentes no serviço de urgência, que é influenciada por várias questões. Também aqui existe articulação dentro da própria instituição, com outras instituições ou com recursos presentes na comunidade. Esta consciência dos limites e especificidades de atuação de cada profissional ou unidades é crucial para melhorar a resposta às necessidades da criança/jovem e sua família e proporcionar um cuidado mais abrangente. A nível de estrutura física, tal como já referi na Contextualização dos campos de estágio, o SUPP encontrava-se a funcionar, provisoriamente em contentores, pelo que a estrutura não reunia as condições ideais, no entanto, todos os profissionais davam o seu melhor para que essas lacunas fossem o menos possível sentidas pelas criança/jovens e famílias.

Na UCC, tal como na USF, o alvo dos cuidados de enfermagem são a comunidade, como tal, trabalha-se de forma muito próxima dos lugares onde as pessoas vivem, trabalham e estudam. Nestes locais os cuidados de enfermagem são planeados e executados de forma autónoma pelos enfermeiros. Também nestes locais a dinâmica de referência e

colaboração de outras instituições ou profissionais é extremamente importante e complementa a dinâmica de cuidados. É habitual que os enfermeiros das USF referenciem crianças para as Equipas Locais de Intervenção Precoce por apresentarem alguma vulnerabilidade, por exemplo, ou os enfermeiros da UCC solicitarem colaboração do NACJR.

Pude depreender que a UCC identifica e responde às necessidades da comunidade também através articulação entre os vários profissionais que fazem parte da equipa (assistente social, psicólogo, administrativo). Na USF, o enfermeiro tem como foco a prestação de cuidados à família, enquanto unidade, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento em todas as fases do ciclo vital, ou seja, é inteiramente responsável pelos cuidados de um utente e da sua família, assim como do médico com quem trabalha em complementaridade.

Os sistemas de informação têm sido vantajosos na organização e proteção de informações importantes, permitindo maximizar a gestão dos serviços, promover a melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados, assegurando a comunicação eficaz entre os diferentes intervenientes do sistema de saúde. Na área da enfermagem, foram desenvolvidos com o objetivo de recolher informações que possibilitassem a medição de aspetos importantes para a prática, resultando num maior destaque dos cuidados, reconhecimento da profissão e supervisão das atividades. Contribuem para a segurança do doente por contribuir no apoio à tomada de decisão como ajuda para a avaliação, pois evitam o esquecimento de questões essenciais, diminuindo o receio de tomar decisões incorretas. É um importante recurso facilitador de sistematização da prática clínica diminuindo o risco de erro. Permite a obtenção de dados relevantes para cada situação, evitando o esquecimento associado, por exemplo, ao cansaço. Fornece melhor e mais rápido acesso ao histórico e informação do doente, assim como a informação específica, permitindo uma melhor avaliação e gestão de prioridades de acordo com as necessidades que apresenta. Sustenta, acima de tudo, a comunicação entre os enfermeiros e a restante equipa multidisciplinar, mas também pressupõem a articulação entre serviços e instituições. A realização de registos eletrónicos em tempo real faz com que os enfermeiros economizem tempo e tenham mais tempo para a prática direta do que com os registos em papel, no entanto, é necessário a utilização por todos de uma linguagem comum e que estes sejam padronizados. (Ordem dos Enfermeiros, 2007) (Teixeira, Soares, Ferreira, & Pinto, 2012) (Nascimento, Frade, Miguel, Presado, & Cardoso, 2021)

Por outro lado, os sistemas de informação em enfermagem podem não demonstrar de forma evidente se existe resposta adequada às necessidades e pode inferir o risco do enfermeiro não pensar por si e não aliar a concordância entre a sugestão do sistema e o seu juízo clínico. Neste sentido, é necessário que os sistemas sejam melhorados de forma a incorporar o conhecimento na prática e reforçar a formação e treino dos enfermeiros nos mesmos para maior a adesão à utilização e uniformização de registos (Teixeira, Soares, Ferreira, & Pinto, 2012).

No SN eram utilizados 3 sistemas informáticos, o BECU para registos e prescrições médicas e registo de administração de medicação pela equipa de enfermagem, o SClinico para registos de enfermagem e o GHAF para solicitação de dietas para os pais. Apenas o BECU foi novo para mim, mas ao qual facilmente me adaptei e utilizei com destreza. O SClinico e o GHAF são por mim utilizados diariamente no meu local de trabalho, como tal, senti uma facilidade muito grande na utilização dos mesmos. De qualquer forma, e apesar dos focos e diagnósticos de enfermagem terem pontos convergentes, têm também divergentes, em relação à minha utilização quotidiana, mas rapidamente incorporei a teoria na prática e através de um pensamento crítico e reflexivo consegui documentar os cuidados que ia prestando. Considero excessivos os sistemas informáticos utilizados uma vez que, por um lado, no SClinico podem ser efetuados registos médicos e de enfermagem e prescrições e, por outro, o tempo gasto na utilização de vários sistemas não faz sentido, para além de aumentar o risco de erro.

No SUPP é utilizado o jOne, que é uma plataforma que foi desenvolvida pelos profissionais desse hospital e que visa o registo e consulta da informação clínica de todos os utentes. É um software bastante intuitivo e de fácil utilização pelo que rapidamente me adaptei e com o qual fiquei apta a trabalhar. Em OBS, para além do jOne, é utilizado o método de cartões para administração de terapêutica, para onde eram transcritas as prescrições, com diferentes cores associadas às vias de administração. Este método acarreta risco de erro, no sentido em que é necessário ter especial cuidado com as transcrições e abreviaturas, porque pode conduzir a interpretações erradas do nome do medicamento, dosagem ou unidades e é necessária dupla verificação. Esta afirmação é sustentada por autores, que tal como Evans (2009) citada por Abreu, Rodrigues, & Paixão (2013), defendem que dispositivos eletrónicos possam substituir prescrições escritas de medicamentos e fornecer suporte inteligente para a administração de medicamentos. Da mesma forma, para Rosa, Perini, Anacleto, Hessem, & Bogutchi (2008) a implementação da prescrição eletrónica pode ter grande impacto nos erros de prescrição e devem ser

evitadas ao máximo as prescrições escritas à mão, havendo necessidade da elaboração cuidadosa das prescrições pré-escritas ou utilização de editores de texto para prescrição, no sentido de evitar o aparecimento de novos tipos de erros ou a simples transposição de antigos problemas para um novo modo de prescrever. Westbrook, et al. (2020) também afirmam que os sistemas eletrônicos de medicação têm sido altamente eficazes na redução de erros de prescrição, tendo, inclusivamente, mostrado que a introdução da prescrição eletrónica em dois hospitais foi associada a uma redução modesta, mas significativa, na taxa geral de erros de administração de medicamentos, e a proporção de erros de administração de medicamentos classificados como potencialmente sérios caiu para metade (Westbrook, et al., 2020). Urtasun, et al. (2022) corrobora estas afirmações com um estudo onde observaram que a prevalência de erros de prescrição reduziu em 30% após a implementação da prescrição eletrónica (Urtasun, et al., 2022).

No SUPP destaco, ainda, a implementação de um projeto liderado pelo diretor de serviço em colaboração com a equipa de enfermagem e os profissionais da área informática. Este projeto consiste em disponibilizar, na sala de emergência, um conjunto de protocolos de atuação para diversas situações de emergência, tais como paragem cardiorrespiratória, trauma, convulsão, dificuldade respiratória, entre outras. Quando uma criança chegava à sala de emergência, esses protocolos eram projetados numa televisão para que todos os membros da equipa os seguissem de forma consistente. Essa abordagem facilitava a coordenação entre a equipa e garantia uma atuação segura, reduzindo os erros em situações de elevado stress.

Na UCC e USF é também utilizado o SClínico, embora a versão de CSP. É uma versão que vai ao encontro das necessidades identificadas pelos colegas que estão no terreno, podendo ser o alvo dos registos o utente ou a comunidade, com focos e diagnósticos de enfermagem direcionados para esses cuidados. Apesar da minha facilidade em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), este módulo do SClínico é bastante diferente, o que implicou um especial empenho da minha parte e a interiorização de uma nova abordagem a este sistema informático. Na UCC pude auxiliar a minha tutora no registo das sessões de educação para a saúde, na USF da monitorização estrato-ponderal e da avaliação da Escala de Mary Sheridan (que já se encontra integrada), de registar vacinas no e-vacinas, no agendamento de consultas de enfermagem - algo autónomo ao enfermeiro - e no agendamento de domicílios para, por exemplo, a realização do teste do pezinho. Foi muito interessante descobrir e aprender esta vertente

do SClínico e compreender o papel e a importância dos registos nestes serviços da comunidade e na articulação entre os diferentes serviços.

Por tudo o que descrevi, considero ter atingido o desenvolvimento desta competência pois realizei visita guiada aos serviços onde pude conhecer espaço físico, recursos humanos e materiais e a dinâmica organizacional, conhecendo e tendo em conta a missão e os objetivos de cada contexto clínico, assim como as normas e protocolos dos diferentes serviços, o tipo de suporte de registos dos diferentes locais de estágio e desta forma permitiu-me conhecer, integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar promovendo uma relação empática e de respeito com os elementos da equipa de modo a prestar cuidados de qualidade nos mais variados contextos.

Competência Desenvolvida:

- *Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação com a criança/jovem e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pela sua cultura e crenças.*

Objetivo:

- Desenvolver competências sobre técnicas comunicacionais com a criança/jovem e família.

Reflexão

A comunicação é fundamental em qualquer relação humana, mas no estabelecimento de uma relação terapêutica é especialmente relevante. Comunicar é muito mais profundo do que falar “*é um processo de criação e recriação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes*” (Phaneuf, 2005, p. 23).

Em saúde, o mais importante na comunicação não é o que é dito, mas sim o que é percebido tanto pelo profissional de saúde como pelo utente (Sequeira, 2016).

Comunicar e cuidar são indissociáveis, então, e uma vez que os enfermeiros são os profissionais de saúde que detêm a arte do cuidar e uma profissão de relação, devem desenvolver a mestria na comunicação de modo a aumentarem as técnicas de comunicação terapêutica gerando impacto nos cuidados prestados.

A comunicação em idade pediátrica assume uma complexidade e desafio acrescidos tendo em conta a variabilidade de idades, as particularidades de cada estágio de desenvolvimento e de participar na dinâmica de comunicação uma tríade, cujo terceiro elemento são os pais, tendo de ser tida em consideração as suas crenças e contexto sociocultural e considerando a singularidade de cada indivíduo (Hockenberry, 2014).

É imprescindível incluir os pais/família no processo de desenvolvimento da relação entre enfermeiros e criança/jovem, especialmente em crianças mais novas, uma vez que servem de mediadores com o objetivo de uma abordagem centrada na criança/jovem e família. A comunicação eficiente com a família não só aumenta o seu envolvimento nos cuidados, como fornece informações pertinentes e fidedignas sobre a criança, sobre o seu estado de saúde, estágio de desenvolvimento e fatores que afetam a sua vida. Além disso, possibilita a avaliação da relação entre a criança e os seus cuidadores, assim como a identificação de potenciais problemas, resultando numa avaliação mais completa das necessidades de cuidados (Hockenberry, 2014).

Procurei estabelecer uma relação empática com os pais, favorecendo o diálogo, transmitindo segurança e assertividade e demonstrando disponibilidade para esclarecer dúvidas mediando as informações que querem efetivamente ter com as que não querem ou não se encontram preparados naquele momento para receber e que pode ser um motivo de bloqueio de comunicação com aumento da ansiedade e diminuição da atenção. Direcionei o meu discurso para que fosse cuidadoso e as questões colocadas fossem abertas, dando reforços positivos. Recorri à escuta ativa para efetivar a comunicação e à escuta cuidadosa para estar atenta às preocupações que me revelavam casuisticamente. Utilizei o silêncio como veículo comunicacional e como forma de encontrarem resposta, quebrando-o sempre que foi necessário encorajar a expressão de sentimentos (Hockenberry, 2014).

Tanto no contexto de UCIN como na USF abordei os pais com esta postura, fazendo questões como *“Como se sente hoje?”* e *“Como dorme o T.?”* e a partir daí fluíam conversas onde eram expressos sentimentos e reveladas dúvidas e fragilidades e onde os pais se iam permitindo conhecer a si próprios, a encontrar as suas respostas e a ser ajudados, muitas vezes inconscientemente. No SUPP, particularmente no posto de triagem, a abordagem era mais objetiva e concreta, com uma necessidade de uma avaliação rápida e eficaz. Contudo, esta primeira impressão é fundamental, tanto para transmitir calma e seriedade à criança/jovem e família como para que a avaliação seja a

correta. Também no SUPP, mas durante os procedimentos, adotava as estratégias suprarreferidas mesmo que seja algo momentâneo e fugaz.

Os cuidados centrados na família podem constituir um desafio extra, particularmente quando o comportamento ou as atitudes dos mesmos parecem “difíceis” de lidar. Uma habilidade útil que os enfermeiros podem desenvolver para interagir com as famílias é a validação, ou seja, aceitar o que o membro da família diz ou faz como uma expressão válida de sentimentos e pensamentos naquela circunstância, o que não significa que sejam aceites, apenas que o enfermeiro reconhece as preocupações e que são importantes de serem ouvidas e tidas em consideração apesar das divergências. A prática da validação pode levar à resolução de problemas mesmo em circunstâncias desafiadoras (Harvey & Ahmann, 2014).

A comunicação e este estabelecimento de comunicação fica muitas vezes comprometido, particularmente em situações em que a língua é uma barreira. Estas situações são cada vez mais recorrentes e foram transversais a todos os contextos de estágio, tendo em conta a diversidade de imigrantes que temos neste momento no nosso país e, por conseguinte, nos cuidados de saúde. Deparei-me várias vezes com estas situações tendo procurado enquadrar a minha postura às características socioculturais e crenças dessas famílias, tendo arranjado estratégias como a utilização do Google tradutor voz para facilitar a comunicação e procurado que a minha comunicação não-verbal fosse consonante com a verbal. Acolhi a diversidade e assegurei a igualdade. Reconhecer, aceitar e responder de forma apropriada à diferença tem enormes implicações para as crianças e suas famílias, até porque somos modelos a seguir pelas crianças que vão aprender como agir e respeitar o próximo (Lambert, Long, & Kelleher, 2012).

A criança deve ser incluída neste processo através de perguntas ocasionais ou dirigindo os comentários para eles ou através de jogos, apesar da maior parte da comunicação verbal se dar com os pais. Relativamente às crianças mais velhas estas devem ter uma participação ativa. As crianças, particularmente as mais novas, estão permanentemente atentas a dar significado a todos os gestos e movimentos e ao ambiente que as rodeia logo é bastante difícil disfarçar sentimentos, atitudes e ansiedade perante as crianças. A componente não-verbal encerra as mensagens mais significativas na comunicação com as crianças (Hockenberry, 2014).

Ao longo do seu ciclo de desenvolvimento as crianças vão comunicando de diferentes formas.

O choro é a forma mais precoce de comunicação. Através do choro, tónus muscular, olhar, movimento corporal o bebé vai-nos comunicando as suas necessidades, sentimentos e sensações (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016). Neste sentido, no contexto de Neonatologia e no cuidado a RNPT adotei uma postura calma e serena, minimizando qualquer ruído stressor. Antes de qualquer intervenção observava o comportamento do bebé e ia-me aproximando dele falando suavemente e em tom baixo, fazia suporte com as mãos sobre o corpo do bebé e quando os pais estavam presentes pedia-lhes para serem eles a fazer a contenção. Respeitava todos os sinais que o RN evidenciava e parava quando me mostrava sinais de stress, com muita calma fazia contenção e esperava que ele se reorganizasse para continuar a manipulação.

Nos lactentes, promovi sempre que possível o contacto visual entre a criança e os pais e procurei que estes fossem a principal fonte de contacto e manipulação com o objetivo de reduzir a ansiedade e evitar o choro (Hockenberry, 2014). Evitava movimentos bruscos e falar alto e pedia aos pais para, por exemplo, cantarem uma música que fosse habitual cantarem para acalmar o bebé ou o aconchegarem sobre si.

Na idade pré-escolar, as crianças focam a comunicação nelas próprias e só veem as coisas em função de si, são egocêntricas. Deve dizer-se o que podem fazer ou como se podem sentir. Comunicam através de gestos como quando puxam algo que querem ver ou empurram algo que não querem. Fazem leituras concretas do que ouvem e interpretações literais das palavras pelo que devem ser evitadas frases que levem a más interpretações (Hockenberry, 2014). Tendo em conta estas questões, tive especial atenção para que a minha linguagem não-verbal que fosse coincidente com a verbal, deixei brincar com os objetos antes de os utilizar (como a câmara expansora antes da inaloterapia) e quando os objetos causavam medo e ansiedade mantive-os fora do seu campo de visão.

As crianças em idade escolar acreditam mais no que sabem do que no que veem. Querem explicação sobre tudo, como funcionam as coisas, porque são usadas, para que servem e carecem de informações antecipadas sobre como, porquê e o que vai acontecer, pelo que é importante explicar e preparar a criança antes dos procedimentos para que sempre que possível colabore nos mesmos. Querem manipular as coisas e gostam de se sentir entusiasmadas e participantes. São especialmente sensíveis a ameaças ou dano físico pela sua preocupação exagerada com a imagem corporal, logo, procedimentos dolorosos podem ser particularmente stressantes. É de extrema importância oferecer-lhes possibilidades de partilhar as suas incertezas, inquietações e sentimentos, demonstrando

total atenção e transmitindo tranquilidade para que sintam que as suas preocupações são compreendidas (Hockenberry, 2014). Tanto na USF, nas CESIJ, como no SUPP procurei ter uma abordagem calma, mas assertiva, prestando atenção à linguagem verbal, mas também à não-verbal, incentivando a que a criança expressasse as suas emoções e medos enquanto explicava através de palavras simples os procedimentos, mostrando que os seus sentimentos são válidos e que me encontro lá para, da melhor forma possível, minimizar a dor e o desconforto. Tentei, sempre que possível envolvê-los nos cuidados, permitindo por exemplo que retirassem o adesivo ou a braçadeira ou que segurassem em algum material que necessitasse durante os cuidados.

A brincadeira é a atividade central da vida das crianças, é um contexto de comunicação, compreensão e catarse que não deve ser subestimado. Brincar é um processo através do qual as crianças dão sentido ao seu mundo, praticam para o futuro e comunicam sentimentos que talvez não sejam capazes de verbalizar. Cuidadosamente planeada, a brincadeira pode fazer com que expressem os seus sentimentos e promovam estratégias de *coping* positivas (Lambert, Long, & Kelleher, 2012). Através da brincadeira, a linguagem universal das crianças, expliquei procedimentos e exames, como por exemplo, após colocar o cateter venoso periférico, e de forma a fixá-lo eficazmente com o mínimo de adesivo possível colocava rede tubular, e como brincadeira dizia que era a luva da Frozen ou o lança teias do Spider-Man. Cantei, contei histórias, incentivei o jogo de jogos e criei os “nossos” próprios jogos como o “jogo da estátua” quando precisava que estivessem imóveis para efetuar uma Tomografia Axial Computorizada. Simulei procedimentos nos brinquedos, tal como fazer inaloterapia com câmara expansora num peluche e cateterizar um Nenuco. Para além disto, promovi a presença e a participação dos pais nos cuidados promovendo a parceria de cuidados e diminuindo a angústia da separação. Estas estratégias não só favorecem a interação entre a tríade como os sentimentos de segurança e de aceitação das intervenções.

O adolescente encontra-se na dualidade entre ser criança e adulto, e vai alternando identidades entre uma e outra conforme as necessidades do momento. A variabilidade comunicacional e reacional dos adolescentes não garante uma relação de confiança. As suas estratégias de *coping* não acompanham o seu crescimento e desenvolvimento. Rejeitam quem impõe valores contrários aos seus e consideram a confidencialidade essencial, no entanto, cabe-nos explicar-lhes os limites da confidencialidade e que serão quebrados se colocarem alguém ou a si próprios em perigo. Os adolescentes recebem com

entusiasmo a possibilidade de interagir com os enfermeiros sem a presença dos pais, uma vez que estão mais disponíveis a partilhar as suas inquietações com um adulto que não faça parte do seu círculo familiar (Hockenberry, 2014).

Na comunicação com o adolescente, privilegiei o diálogo, adotei uma postura aberta às suas perceções e ao entendimento da unicidade de ser adolescente, demonstrando genuíno interesse por si e atenção às suas preocupações, sem julgamentos ou críticas e optando pelo silêncio sempre que foi necessário, de modo a dar espaço ao seu discurso. Prometi confidencialidade revelando os limites da mesma. Mostrei curiosidade pelos seus interesses como colocando questões sobre os seus gostos musicais quando traziam uma t-shirt de alguma banda. “Adolescer” é ambíguo e o processo comunicacional configura um desafio para o enfermeiro.

A comunicação é uma intermediária do encontro entre o enfermeiro e a criança/jovem e família. Para promover este encontro, o EEESIP alia as especificidades comunicacionais com as particularidades das etapas em que se encontra a criança/jovem e a sua família. Foi este caminho que percorri no desenvolvimento de aprofundar competências sobre técnicas comunicacionais com a criança/jovem e família.

Competências desenvolvidas

- *Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de especialização;*
- *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;*
- *Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização.*

Objetivos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao RN/criança/jovem e família em situações de particular exigência devido à sua complexidade nos diversos contextos;
- Desenvolver competências para a assistência em situações de urgência imprevistas e de elevada complexidade;
- Aprimorar competências técnicas no cuidado ao RN/criança/jovem;

- Desenvolver competências na assistência ao RNPT prestando cuidados centrados no desenvolvimento.

Reflexão

O EEESIP desempenha um papel determinante no cuidado de crianças e jovens em situações de especial complexidade, bem como no apoio às suas famílias. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, e presta os cuidados de enfermagem adequados para garantir a saúde e o bem-estar das crianças/jovens e famílias. Essas situações exigem uma grande capacidade de mobilização de competências e recursos por parte do EEESIP, que deve ser capaz de atuar de forma oportuna e atempada para responder às necessidades de saúde apresentadas. Estes tipos de cuidados podem ser necessários em diferentes níveis de assistência, abrangendo uma ampla gama de situações que vão desde a instabilidade dos sinais vitais e risco de morte até a promoção da adaptação à doença crônica ou oncológica, deficiência ou incapacidade. Além disso, deve demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico, estando preparado para lidar com emergências e antecipar um vasto leque de situações e responder de forma eficaz e eficiente a situações críticas e de elevada imprevisibilidade. Detém, também, a capacidade de avaliar não só o paciente, mas a família, respondendo às suas necessidades de adaptação às mudanças na saúde e à dinâmica familiar, desempenhando um papel fundamental na resposta a situações complexas, garantindo um cuidado de qualidade e centrado na criança/jovem e na família (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

É com base nestas premissas que incidirá a minha reflexão, nomeadamente acerca dos contextos da UCIN e SUPP, onde os cuidados de enfermagem são baseados nas condições específicas de alto risco e em que a antecipação de cuidados especializados melhoram a probabilidade de sucesso nos resultados.

A UCIN é um contexto particularmente complexo tendo em conta a singularidade e especificidade dos cuidados prestados a estes RN, associada à sua instabilidade que resulta muitas vezes em situações imprevistas e de urgência e emergência. Existem várias razões pelas quais um RNPT pode precisar ser internado numa UCIN, sendo a prematuridade a causa mais predominante. Compreender este RN como um organismo complexo que beneficia do apoio da família melhora a qualidade dos cuidados de saúde, especialmente o cuidado de enfermagem (Melo, Souza, & Paula, 2013). Os avanços nos cuidados perinatais e neonatais diminuíram enormemente as percentagens

de mortalidade para RNPT e RN de alto risco o que pode representar compromisso no seu desenvolvimento (NIDCAP Federation International, 2012).

O RN de alto risco é aquele que, independentemente da sua idade gestacional e peso ao nascer, apresenta uma maior morbidade e mortalidade do que a média dos RN, normalmente pelas condições ou circunstância que afetam o processo normal de nascimento e adaptação à vida extrauterina. São classificados segundo o peso, a idade gestacional e problemas fisiopatológicos. A assistência ao RN imaturo e doente deve ser sustentada em saber especializado e competências em várias áreas tendo em conta as situações imprevisíveis e de elevada complexidade inerentes, pois a avaliação e intervenção imediatas de situações de urgência e emergência poderão fazer a diferença entre um desfecho positivo e uma vida de incapacidade (Askin & Wilson, 2014)

Estas particularidades exigem que o enfermeiro da UCIN seja detentor de competências práticas, ou seja, de experiência e de habilidade, mas é particularmente relevante que amplie a sua conceção do cuidar para além da patologia e das técnicas, focalizando o seu cuidar no bebé e nos seus pais - o cuidado centrado na família - encorajando-os ao envolvimento afetivo. Foi esta arte complexa e envolta em imprevisibilidade, mas plena de sensibilidade, que procurei alcançar no meu estágio embora tão breve.

O meu percurso pela Neonatologia, mais concretamente, na UCIN foi iniciado de forma tensa e expectante tendo em conta o desafio de cuidar de um ser tão frágil, com tamanha vulnerabilidade que é esta de estar no mundo antes de estar realmente preparado para ele e/ou estar gravemente doente com todo o sofrimento que isso acarreta. Antes de iniciar o estágio, contrariamente a tudo aquilo que habitualmente sou, estava com algum receio, talvez por questões pessoais, mas que rapidamente foi ultrapassado tendo ficado totalmente envolvida pelo ambiente da unidade e envolta no cuidado daqueles seres minúsculos que me deslumbraram. Santos (2011) afirma que estes RN são seres complexos, recetivos e reativos à estimulação social e sensorial que simultaneamente tentam regular o seu próprio limiar de reação e resposta (Santos, 2011). E eu tive o privilégio de os conseguir sentir, de conseguir estar desperta a compreender o que eles na sua linguagem tão imatura me queriam transmitir e acredito ser esta a beleza. Fui progressivamente adquirindo autonomia nos cuidados e confiança no que estes bebés me iam revelando ser as suas necessidades, centrando o meu cuidar neles e nas suas famílias, pois, tal como Santos (2011) refere *“os RN esperam “herdar” três ambientes seguros: o útero materno, o colo dos pais e do grupo familiar e a comunidade. O parto prematuro*

retira estes RN dos ambientes prometidos e esperados. Dada a imaturidades dos seus órgãos, eles requerem cuidados apenas disponíveis nas UCIN” (Santos, 2011, p. 27).

Apesar das melhorias nas UCIN, os procedimentos invasivos realizados aumentam o risco de danos nos órgãos em desenvolvimento destas crianças. Além disso, a disparidade entre as expectativas do cérebro do feto no útero e a realidade da UCIN apresenta desafios significativos que afetam o desenvolvimento neurofisiológico, neuropsicológico, psicoemocional e psicossocial do RN. Episódios prolongados de sono fragmentado, choro sem consolo, alterações repentinas no fluxo sanguíneo devido a rotinas, mudanças de posição, manipulação agressiva, procedimentos invasivos, estímulos atípicos (ambiente ruidoso e iluminado), impossibilidade de amamentação e redução da interação e cuidados sociais, causam consequências no cérebro e conduzem a alterações de desenvolvimento (Santos, 2011). Da mesma forma, não têm acesso a estímulos biologicamente significativos e de apoio ao desenvolvimento pela separação precoce dos pais a que o internamento está associado (Klein, et al., 2021).

Como estratégia de redução do impacto negativo do ambiente da UCIN no RN fora do útero materno, ou seja, de forma a diminuir a disparidade entre as expectativas imaturas do cérebro humano e a experiência efetiva vivenciada no ambiente da UCIN, foi desenvolvido um modelo de cuidados centrados na família e no apoio ao desenvolvimento. Denominado *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), este programa baseia-se na leitura dos sinais comportamentais de cada RNPT e na formulação de um plano de cuidados baseado nesses sinais; consiste numa abordagem centrada nos pontos fortes da criança, apoiando-a em áreas de sensibilidade e vulnerabilidade (Samane, et al., 2022). O objetivo é promover o desenvolvimento neurossensorial e emocional do RN, reduzindo o stress associado aos cuidados na unidade, dores relacionadas a exames de diagnósticos e tratamentos invasivos, bem como a facilitar a integração dos familiares como cuidadores da criança (Quispe-Castillo & Espiritu, 2022). Foi desenvolvido pela Dra. Heidelise Als que, ao lado de uma mesa aquecida, de uma incubadora ou de um berço numa “*creche de cuidados intensivos para recém-nascidos*” era imediatamente levada ao mundo experiencial de um “*feto deslocado*”. Esta investigadora cativa-nos pela sua compreensão convincente de como a respiração, a cor, o tom, os movimentos, o sono/vigília, estão inter-relacionados entre si e com o ambiente físico e social do cuidado. Ela articula os comportamentos e padrões comportamentais únicos de cada bebé, momento a momento. Os comportamentos significam alguma coisa e quando são compreendidos – os cuidados

podem/devem ser adaptados individualmente para minimizar os fatores de stress e otimizar a saúde e o desenvolvimento (Sheldon, Kosta, & Buehler, 2024). Tendo em conta esta filosofia delicada, holística e humanizada do cuidar, considerei os bebés como colaboradores nos cuidados, apoiados e nutridos pelos pais.; os pais, como os principais nutridores, defensores e cuidadores dos bebés, bem como colaboradores nas decisões sobre os seus cuidados; os membros da família, como principal suporte dos pais e dos bebés; eu, como parceira no cuidado dos bebés, pais e familiares. Apesar da unidade não ser certificada, a minha tutora tem Formação Fine de 1º e 2º Nível NIDCAP, pelo que tentamos que o ambiente e a cultura de berçário estivessem focados na eficácia do apoio, no crescimento, nos pontos fortes e no desenvolvimento individualizados. Procurávamos agrupar os cuidados em articulação com toda a equipa e tendo atenção o ciclo de sono/vigília do bebé. Uma vez que prestávamos cuidados a duas, durante a manipulação do RN efetuávamos contenção para a sua regulação, os meus movimentos eram suaves e delicados, sempre a observar o RN e a delinear os cuidados tendo em conta as respostas fisiológicas e pistas comportamentais que o RN me ia oferecendo, de forma a fortalecer as suas forças e apoiá-lo nas suas vulnerabilidades. Atendendo à imaturidade do sistema imunitário destes RN o risco de infeção é elevado, pelo que segui criteriosamente todas as normas e protocolos de controlo de infeção e tive especial atenção à lavagem e desinfeção das mãos e materiais e ao cumprimento de normas assépticas durante a realização de procedimentos invasivos. Aprendi a realizar ninhos para aconchegar e dar conforto ao bebé e para este se sentir regulado num espaço tão estranho para ele e efetuei posicionamento adequado. Tive particular atenção à temperatura das minhas mãos, uma vez que se encontram sempre frias, tendo o cuidado de as lavar com água quente e depois de as desinfetar e antes de tocar no RN, aquecia-as na incubadora; com a temperatura corporal do bebé, uma vez que o risco de arrefecimento corporal e hipotermia é uma realidade; aumentar a temperatura da incubadora se a minha prestação de cuidados implicasse que esta estivesse aberta durante muito tempo; tinha atenção à humidade da incubadora; baixava ao máximo os volumes dos dispositivos médicos e as conversas na unidade eram efetuadas somente se necessário e em tom baixo e as portas só abriam se fosse mesmo necessário. De forma a proteger o RN da luminosidade, que é também um fator stressor, tapava a incubadora com uma capa protetora própria e cobria os olhos dos bebés sempre que destapava a incubadora ou quando estes se encontravam a realizar fototerapia, pois estes RN apresentam menos defesas em relação à luz ambiente; efetuava uma vigilância apertada à pele vigiando a integridade cutânea, aliviando a pressão

alternando máscara facial e prongs nasais aquando da Ventilação Não Invasiva (VNI) e utilização de *Convatec adhesive remover spray*, para remoção de qualquer penso ou adesivo e a alternância do oxímetro e da sonda de temperatura central de forma a evitar lesão cutânea. Independentemente de todos estes cuidados, e tal como refere Santos (2011 p. 27), “*o fundamento dos cuidados centrados no desenvolvimento não é simplesmente cobrir a incubadora ou utilizar suportes para o posicionamento do bebé, assim como também não é simplesmente diminuir as luzes e os ruídos*”. Embora estas ações possam fazer parte do plano de cuidados e se tornem parte do cuidar de um RN, estas não constituem o cerne do NIDCAP. O foco principal depende dos “*relacionamentos que o cuidador está disposto a construir com o seu paciente*”, são também, “*oportunidades para contacto pele-a-pele; suporte individualizado para a alimentação; conforto para a família*” (Santos, et al., 2021, p. 28). Tendo em conta estas orientações, proporcionei o Método Canguru (MC) todas as manhãs, agendando conforme a disponibilidade dos pais e de forma alternada pai-mãe e cuidei com carinho e atenção do RN e a família, assegurando intimidade e privacidade do RN e a família.

A evidência mostra-nos que a alimentação baseada em dicas é eficaz na aquisição bem-sucedida da competência dos RNPT na alimentação oral independente precoce, pelo que, através da observação atenta dos sinais comportamentais do bebé determinei como e quando um bebé esperava ser alimentado dado que “*a alimentação baseada em estímulos comportamentais requer respiração, sucção e deglutição coordenadas para regulação comportamental e estabilidade fisiológica e, como acontece com todo comportamento, é influenciada pelo ambiente e o cuidador*” (Samane, et al., 2022, p. 2).

As intervenções e técnicas que efetuei e observei foram numerosas sendo impossível descrevê-las detalhadamente a todas. Destaco, por isso, a aspiração de secreções, a entubação orogástrica, a prestação de cuidados a RN com VNI e todas as intervenções inerentes, fototerapia, colocação de cateteres epicutâneos, umbilicais e venosos, ou seja, para além da componente teórica ter sido enriquecedora, também a prática e técnica o foi. Tendo em conta que alguns partos não decorrem dentro do expectável e que RN nascem pré-termo ou com complicações de saúde, desenvolvi habilidades na assistência a RN em situações de emergência no bloco de partos, efetuando o seu transporte para a UCIN.

Relativamente ao contexto de SUPP, considerei a triagem e a sala de emergência como contextos de elevada complexidade dado que são locais de grande imprevisibilidade e stress, apresentam desafios como o de cuidar de crianças desde o nascimento até à

adolescência, cuidar de crianças em diferentes estádios de desenvolvimento reconhecendo em cada um os sinais de alarme, estratégias comunicacionais conforme os diferentes estádios, cultura, língua e estrato socioeconómico e, ainda, o desafio de cuidar de crianças com necessidades especiais. Ainda que no meu quotidiano profissional trabalhe num SUP, os cuidados nestes locais são habitualmente complexos e emocionalmente exigentes o que impõe uma atuação segura e tecnicamente adequada, para além de serem locais onde nos deparamos com inúmeros constrangimentos que apelam à capacidade de improvisação e que vão influenciar as habilidades ao nível da resposta que cada enfermeiro possui.

A triagem representa uma atividade fundamental nos serviços de urgência e tem como objetivo classificar a prioridade no atendimento e, conseqüentemente, o tratamento (Vaz & Trigo, 2020) através de um processo de classificação que utiliza pensamento crítico no qual um enfermeiro experiente avalia rapidamente os doentes após sua chegada a um ambiente de urgência (Canadian Association of Emergency Physicians, 2013). É uma ferramenta importantíssima que exige o conhecimento de toda a equipa para padronizar o atendimento e promover a utilização adequada dos recursos (Alshaibi, AlBassri, AlQeufly, Philip, & Alharthy, 2021). A ausência de triagem pode impedir o adequado funcionamento dos serviços de urgência pelo que ter um sistema de triagem bem estruturado é crucial para evitar a superlotação (Alshaibi, AlBassri, AlQeufly, Philip, & Alharthy, 2021) (Direção-Geral da Saúde, 2018). A triagem de pediatria pressupõe uma avaliação rápida das crianças quando chegam ao hospital e diferencia crianças que requerem atendimento imediato, das que devem ser observadas, mas podem aguardar sem muita demora, das que não são urgentes, sempre tendo em conta a especificidade da criança, independentemente do nível de urgência em que seja praticado (Vaz & Trigo, 2020).

Apesar de na Norma 002/2018 da DGS se encontrar descrito que a triagem pode ser efetuada pelo médico ou enfermeiro, a triagem em Portugal é efetuada por enfermeiros, o que segundo Vaz & Trigo (2020) constitui uma mais valia, uma vez que aumenta a humanização do acolhimento do doente e família, podendo estabelecer uma relação com o doente de modo a explicar como funciona a triagem, o objetivo da mesma, a possibilidade e condições de retriagem, diminuindo, desta forma, a ansiedade, agressividade ou impaciência e, muito importante, permite assistir o doente em situação de risco de vida. Também a OE, no seu Regulamento de Competências do EEESIP

defendem que devem ser, sempre que possível, estes os profissionais a assumir esta função uma vez que são habilitados para cuidar da criança/jovem em situações de especial complexidade.

O sistema de triagem adotado no hospital onde exerço funções é a Triagem de Manchester, mas no hospital onde decorreu o meu estágio é a PaedCTAS, sendo este o único hospital da zona norte com este método de triagem. *“O PaedCTAS é uma escala com 5 níveis que classifica a pessoa, com base num processo que inclui 3 passos: impressão inicial da gravidade clínica avaliada pelo triângulo de avaliação pediátrica, avaliação da queixa/motivo de consulta e avaliação dos sinais vitais, tendo em conta a idade e os fatores de risco associados. A dor tem um papel determinante na classificação da urgência. Define os tempos de atendimento médico por nível de prioridade. A PaedCTAS possui 5 níveis de prioridade associados a cores.”* (Direção-Geral da Saúde, 2018, pp. 10-11).

Este foi um desafio que abracei com grande curiosidade e motivação e um dos motivos de escolha deste contexto, uma vez que tenho bastantes reservas sobre a utilização da Triagem de Manchester em pediatria. Sendo a triagem o primeiro contacto com a criança/jovem e família, é essencial que este seja acolhedor e tranquilizador, transmissor de confiança e serenidade, de forma a diminuir sentimentos negativos e a ser estabelecida relação terapêutica para que os cuidados sejam prestados com qualidade e para que haja satisfação do doente e família. No momento da triagem de forma empática, mas assertiva, expliquei aos pais e/ou criança/jovem todo o processo, como se desenrolaria a sua permanência no SU e que o atendimento se dá por gravidade e que a cor atribuída não significa esperarem o tempo máximo. Informei o tempo de espera naquele momento, de modo a que estivessem esclarecidos, tendo em conta os elevados tempos de espera no SUPP na altura do estágio. De forma tranquilizadora, informei os pais que desde esse momento até à observação médica podiam regressar à triagem sempre que necessitassem de uma reavaliação fosse de temperatura, dor ou qualquer outra alteração que observassem no seu filho, e que a criança/jovem seria novamente avaliada e, se necessário, seria retriada. No momento de triagem, administrei analgesia e antipirético conforme necessidade e avaliação através da implementação de protocolos de tratamento ou medidas iniciais de assistência e efetuei, inclusivamente, esclarecimentos de dúvidas destas e de outras temáticas que iam surgindo. Direcionei a criança/jovem para o local adequado aproveitando para observar as que se encontravam na sala de espera e verificar

de forma rápida se alguma necessitava de reavaliação. Sempre que uma criança me inspirava especial preocupação, agilizei com a equipa médica e com os colegas que se encontravam nas diferentes áreas do SUPP, para que, em poucos minutos, se conseguisse realizar uma avaliação completa e padronizada da criança. O enfermeiro triador deve reunir em si conhecimentos teórico-práticos que lhe permitam uma avaliação rápida e precisa, para além de ser essencial ter capacidade de trabalhar sob pressão para que, através de métodos de entrevista e observação, sejam capazes de priorizar e tomar decisões rápidas fazendo uso da sua base de conhecimento diversificada, agilidade mental e intuição. Para além disto, deve possuir capacidade de liderança e organização, habilidades de comunicação, mantendo uma conversa calma e assertiva. A linguagem deve ser adequada, mostrando paciência e flexibilidade e valorizando genuinamente as preocupações dos pais/crianças/jovens (Vaz & Trigo, 2020) (Canadian Association of Emergency Physicians, 2013).

Tendo em conta estes princípios, e pela oportunidade de triar centenas de crianças, desenvolvi conhecimento e ganhei destreza neste método de triagem e aprimorei as competências e habilidades inerentes ao enfermeiro triador sentindo-me completamente confortável e apta na tomada de decisão rápida, porém segura e eficaz, no posto de triagem. Ebrahimi, Mirhaghi, Najafi, Shafae, & Hamechizfahm Roudi (2020) referem que Escala de Triagem de Manchester e a PaedCTAS parecem válidas para a triagem de crianças e que a confiabilidade é boa para a primeira e moderada para a segunda. No entanto, tendo em conta a minha experiência com a Triagem de Manchester, a PaedCTAS parece-me ser mais indicada para a idade pediátrica e as queixas do que a Triagem de Manchester.

No SUPP as queixas mais habituais foram febre, tosse, dificuldade respiratória, vómitos, diarreia, traumatismos, entre outras, e situações de emergência que são igualmente imprevistas e complexas, onde colaborei no cuidado à criança gravemente doente em contexto de sala de emergência com os restantes membros da equipa.

Com a melhoria das condições de vida, aumento da escolaridade e conhecimento parental, acessibilidade a cuidados de saúde e tratamentos, assim como vacinação, a causa de morte nas crianças mudou e deixou de ser causa infecciosas passando a ser acidentes, formas de violência, malformações e doenças oncológicas (Vaz & Trigo, 2020). Assim, são várias as condições de urgência/emergência que podem levar a Paragem Cardiorrespiratória (PCR), sendo a PCR secundária a mais frequente em pediatria. Neste sentido, o

enfermeiro em pediatria deve precoce e atempadamente reconhecer sinais e tratar da criança gravemente doente para evitar a progressão para uma situação de PCR (Vaz & Trigo, 2020).

Tive algumas situações, mas na impossibilidade de as relatar a todas relembro uma criança de 9 meses com síndrome polimalformativa com dificuldade respiratória que iniciou quadro de dessaturação com polipneia e taquicardia e hemorragia ativa pela traqueostomia. Foi aspirada com o cuidado que a situação exigia, e após administração de terapêutica inalatória e endovenosa, colocação de oxigênio, com clínica estabilizada, foi acompanhada por mim e pela EEESIP à especialidade de otorrinolaringologia para compreensão da causa hemorrágica e controlo da mesma e à realização de exames complementares de diagnóstico. A situação foi controlada, mas mais tarde acabou por agudizar e ter de ser efetuada transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos. Outra situação foi um bebé de 6 meses de idade com antecedentes de encefalopatia hipóxico-isquémica com necessidade de hipotermia à nascença e epilepsia com quadro de crises epiléticas, que após permeabilização de via aérea e administração de medicação endovenosa reverteu quadro e estabilizou e ficou internado em OBS, porque, para além desta situação, a adesão parental à terapêutica precisava ser discutida e trabalhada com os pais e com a equipa multidisciplinar. A estes momentos estão intrínsecos o elevado stress e tensão, que considero ter conseguido corresponder de forma positiva e atempada com destreza cognitiva, capacidade técnica e de juízo clínico, articulando o conhecimento teórico e prático. Cada situação de emergência é um novo desafio que acarreta uma carga emocional elevada; por este motivo, também a habilidade afetiva deve ser trabalhada através de processos introspectivos para conhecer as emoções, visto que o uso apropriado de sentimentos e emoções é fundamental, uma vez que o enfermeiro tem que gerir as suas emoções, mas também de ajudar a criança/jovem e os pais na gestão das suas através da promoção de um ambiente de afetuosidade e segurança (Aregbesola, et al., 2022) (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015). Os ambientes de trabalho influenciam as habilidades ao nível da resposta de cada enfermeiro e aqui pude observar uma equipa de enfermagem coordenada e articulada em todas as ações. Constatei uma dinâmica comunicacional eficiente e eficaz quer entre elementos quer entre equipa multidisciplinar, organização e reorganização da equipa pelas diferentes áreas do SUPP para assegurar os cuidados, até aos elementos da sala de emergência, o estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados imediatos, ao assumir cada um o seu posto: via aérea, preparação

e administração de medicação, monitorização. Sem nunca descurar o apoio familiar, sendo que os familiares normalmente vivenciam situações de grande vulnerabilidade, em que mais uma vez o papel do enfermeiro se distingue, porque compreendem o papel da família como parte integrante da equipa de saúde, como provedor de informação de informação, potenciador de recuperação e também pela situação de stress que estão a vivenciar, sendo fundamental que o enfermeiro os acolha. Esta equipa e esta organização liderada por um EEESIP refletindo a sua perícia e destreza no cuidado à criança/jovem/família.

Nestes contextos deparei-me com situações imprevistas, de elevada complexidade e extremamente desafiantes, que me fizeram evoluir no pensamento crítico e na capacidade de decisão, pelo que foram impulsionadores de desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências técnicas, científicas e humanas.

Objetivo:

- Desenvolver competências de gestão e controlo da dor.

Reflexão Crítica

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) reuniu um grupo de peritos que reviram a definição de dor, e em 2020, redefiniram dor como “*uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial*” (Raja, et al., 2020). A complexidade da definição da dor reflete a sua natureza individual e subjetiva, exigindo uma intervenção personalizada. A dor é de tal forma relevante que, em 2003, a Direção Geral de Saúde (DGS) a instituiu como 5º sinal vital e em 2008 declarou a obrigatoriedade da sua avaliação e registo sistemático como boa prática clínica por todos os profissionais prestadores de cuidados de saúde e o seu controlo como prioritário no âmbito da prestação de cuidados de qualidade e como objetivo de cuidados humanizados (Direção-Geral da Saúde, 2003) (Direção-Geral da Saúde, 2008).

A dor em pediatria tem particular complexidade e relevância tendo em conta vulnerabilidade deste grupo, o entendimento de que as crianças sentem efetivamente dor, lembram-se dela e de que a dor não tratada pode ter efeitos a curto e a longo prazo. A avaliação da dor em crianças apresenta características únicas que exigem que seja

abordada de forma distinta de outros grupos etários (Direção-Geral da Saúde, 2010). A experiência da dor em pediatria resulta da influência de fatores biológicos (predisposição genética, idade, estágio de desenvolvimento, género, tipo e extensão da lesão ou da doença associada), fatores psicológicos (experiências prévias de dor, personalidade, emoções, medo, ansiedade, estratégias de adaptação adquiridas) e fatores socioculturais (influência familiar, modelos de reação à dor, nível de ansiedade dos pais, educação, suporte social, amigos, ambiente escolar, crenças culturais e religiosas) (Oliveira, et al., 2018). Também os pais representam um papel importante na avaliação da dor (Jacob, 2014).

“A ideia de dor e de sofrimento é uma das muitas preocupações de pais e enfermeiros quando uma criança tem um problema de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 9). O enfermeiro tem um papel de destaque na identificação e no controlo da dor uma vez que é o profissional com mais proximidade e que mais tempo passa com as crianças e suas famílias. Este dever e responsabilidade assume especial relevo para o EEESIP, pois reúne em si competências de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, aplicando os seus conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem, garantindo a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Uma das primeiras medidas para a gestão da dor é a sua correta avaliação, logo, são necessários instrumentos válidos para a sua quantificação tendo em conta o tipo de dor, situação clínica e idade da criança (Direção-Geral da Saúde, 2010). Devem ser consideradas várias dimensões aquando da avaliação da dor: localização, intensidade, características sensitivas, afetivas e cognitivas, a temporalidade e qual o impacto sobre as atividades (Fernandes, 2020). Por sua vez, a quantificação requer a utilização de instrumentos de avaliação da intensidade da dor, ou seja, escalas de auto e heteroavaliação da dor de forma que seja corretamente avaliada para que seja também efetuada uma avaliação adequada das necessidades de intervenção e exista eficácia dos tratamentos (Fernandes, 2020). A avaliação da dor por escalas de autorrelato é utilizada em crianças com mais de 4 anos de idade, tendo em conta que crianças com idade inferior a 4 anos, na sua generalidade, não conseguem relatar com precisão a intensidade da sua dor. Neste sentido, em crianças com menos de 4 anos ou crianças com comprometimento cognitivo e da comunicação, devem ser tidas em consideração as mudanças fisiológicas e a observação comportamental, bem como na avaliação subjetiva pelos seus cuidadores (Batalha L. M., 2016) (Jacob, 2014). A utilização de instrumentos

de avaliação comportamental é mais desafiante e demorada, exigindo um profissional treinado, com experiência e treino para que comportamentos como vocalização de sons, mudanças de expressão facial e movimentos corporais inesperados ou incomuns sejam diferenciados de comportamentos de dor e comportamentos de fontes de angústia (Jacob, 2014).

A avaliação da dor é uma tarefa complexa que deve ser individualizada tendo em conta que a dor é uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na forma como é sentida e expressada. Esta dificuldade atinge uma maior dimensão tratando-se de crianças e na incapacidade de comunicação e expressão verbal, que não implica que não sinta a dor.

Posto isto, em todos os contextos assistenciais por onde fui passando, avaliei a dor com recurso a escalas de dor adequadas à idade e desenvolvimento da criança, tendo em consideração as *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças* da DGS (Direção-Geral da Saúde, 2010) e a norma em vigor nos serviços para uniformização da intervenção. Considero-me uma pessoa e profissional inatamente sensível à problemática da dor. No meu quotidiano profissional já tenho uma grande atenção à avaliação, reavaliação, prevenção e controlo da dor, seja por fator causador da mesma doença ou procedimentos, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas e, claro que tais práticas foram transpostas para os meus cuidados ao longo dos diferentes contextos de estágio.

Algures na história julgou-se que os RN eram incapazes de sentir dor alegando que a imaturidade neurológica diminuía a sua sensibilidade. Crença que tem vindo a ser desmentida pelos inúmeros estudos e discussão científica que comprovam exatamente o contrário; os RN são capazes de ter uma perceção tão ou mais clara de dor que os adultos ou crianças mais velhas (Costa, et al., 2016) por possuírem todos os componentes funcionais e neuroquímicos necessários para a receção e transmissão do estímulo doloroso (Matsuda, Martins, Filho, & Matta, 2013), salientando que o prematuro possui estímulos dolorosos mais intensos, em comparação, por possuírem imaturidade na resposta da dor (Caetano, 2024) o que os torna hiperálgicos (Fernandes, 2020). Os RN de termo e os RNPT apresentam os elementos do sistema nervoso central necessários para a transmissão do estímulo doloroso ao córtex cerebral apesar desse sistema continuar a maturar-se e organizar-se na via pós-natal (Matsuda, Martins, Filho, & Matta, 2013).

A melhorias nas condições de vida, incluindo higienização, nutrição adequada e cuidados básicos durante a gravidez, contribuíram para o aumento da taxa de sobrevivência dos

RN. Por outro lado, o progresso tecnológico das UCIN tem sido crucial no cuidado aos RN gravemente doentes. Esses recursos, têm proporcionado uma assistência única aos RN em situação de risco, especialmente aos RNPT, resultando numa significativa diminuição da mortalidade neonatal (Matsuda, Martins, Filho, & Matta, 2013). Logo, os RNPT são especialmente vulneráveis por se encontrarem numa fase crucial de desenvolvimento cerebral e expostos a um ambiente altamente estimulante nas UCIN, onde são frequentemente submetidos a diversos eventos dolorosos o que os deixa sujeitos a elevado stress. Para além dos cuidados de manutenção prestados, também fazem parte procedimentos diagnósticos e terapêuticos que provocam stress e dor. Ao lidar com estes RNPT é importante compreender suas características desenvolvimentais (Fernandes, 2007). Nas UCIN foram implementados protocolos de manipulação mínima com o objetivo de reduzir o stress causado pelo ambiente e pelos cuidados, de forma a favorecer condições favoráveis ao desenvolvimento. É, no entanto, inevitável realizar manipulações, monitorizações, procedimentos invasivos e tratamentos dolorosos, mesmo que sejam os estritamente essenciais (Fernandes, 2020).

No SN, visto a minha prestação de cuidados se ter dado na UCIN, a escala utilizada foi a Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) que é considerada apropriada para RN de termo e RNPT e uma vez ser composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico - avalia a expressão facial, o choro, os movimentos respiratórios, os movimentos das pernas e braços e o estado de vigília (Batalha L. M., 2016). Outras escalas poderiam ser utilizadas, tanto que o protocolo da dor se encontrava a ser revisto para a utilização da Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale (N-PASS) que é a mais adequada para avaliação dos RN que se encontram em ventilação assistida (Direção-Geral da Saúde, 2010).

No contexto de UCIN, promovi cuidados centrados no desenvolvimento, promovi a diminuição de estímulos no que diz respeito à luz, ao ruído e à temperatura do ambiente, sempre que possível, procedi à manipulação mínima dos RN, com agrupamento de cuidados, respeitando os seus ciclos de sono/vigília e articulando com outros profissionais (como com os médicos por exemplo para observação). Como os cuidados prestados eram efetuados por mim e pela enfermeira tutora, reuniam-se as condições perfeitas para efetuar contenção aquando dos mesmos. Sempre que o oftalmologista ia ao serviço efetuar diagnóstico da retinopatia da prematuridade, e sempre que as condições clínicas do RN assim o permitiam, procedia ao enrolamento do RN com a flexão das extremidades inferiores e alinhamento na linha mediana dos membros superiores flexionados,

colocando a mão perto da boca, deixando-o na posição fetal (Caetano, 2024). Foi negociado com os pais, e todas as manhãs, de forma alternada, foi efetuado MC com o pai/mãe. Outras medidas não farmacológicas para o alívio da dor foram implementadas, nomeadamente, alívio da pressão com alternância de máscara e prongs nos RN com VNI, o contacto pele-a-pele e toque parental, o ajuste do posicionamento, a sucção não nutritiva e a utilização de sacarose a 24% ou o uso de algumas gotas de leite materno, quando disponível (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Ordem dos Enfermeiros, 2013) (Jacob, 2014) (Batalha L. M., 2016). Estudos demonstram que a administração de sacarose é segura e eficaz no alívio de uma dor de intensidade leve, mas é igualmente recomendada a sua utilização para intervenções com dor major em associação com outras medidas não farmacológicas e/ou farmacológicas para o alívio da dor (Magalhães, et al., 2020). Em momento algum prestei qualquer cuidado ou efetuei algum procedimento sem aplicar alguma medida não farmacológica e até mesmo a combinação de medidas, pois a evidência mostra-nos ser essencial fornecer alívio da dor aos RN, uma vez que a dor nos primeiros dias de vida pode ter impacto negativo a curto e longo prazo, causando a curto prazo instabilidade fisiológica, como aumento da frequência cardíaca e diminuição da frequência respiratória, e a longo prazo, pode afetar os limiares de dor, o desenvolvimento neurocognitivo e causar alterações na estrutura cerebral, comportamento e capacidade cognitiva (Santos, et al., 2021). A utilização de medidas não farmacológicas no alívio da dor em simultâneo potencia a sua ação antiálgica. Realizei punção do calcanhar para pesquisa de glicemia capilar e realização do teste do pezinho em simultâneo, com o RN em canguru e com sucção não nutritiva com a chupeta com sacarose a 24%. Sempre que necessário e adequado, combinava medidas não farmacológicas com farmacológicas para garantir o máximo conforto e prevenção da dor do RN, no entanto, com bastante prudência uma vez que a terapêutica farmacológica pode ter efeitos colaterais devido à sua imaturidade orgânica (Santos, et al., 2021). É essencial fornecer alívio da dor aos RN, pois a dor nos primeiros dias de vida pode ter impactos negativos a curto e longo prazo. A curto prazo, pode causar instabilidade fisiológica, como aumento da frequência cardíaca e diminuição da frequência respiratória. A longo prazo, pode afetar os limiares de dor, o desenvolvimento neurocognitivo e causar alterações na estrutura cerebral, comportamento e capacidade cognitiva.

Nos contextos do SUPP e USF utilizei escalas conforme a faixa etária, dando preferência a escalas de autorrelato como a Numérica ou a Escala de FACES de Wong-Baker, sempre que possível. Após explicar o funcionamento à criança e confirmar que tinha capacidade

cognitiva para compreendê-la, usava a escala de FACES a partir dos 4 anos e a escala numérica para crianças a partir dos 6 anos. Em crianças com multideficiência ou déficit cognitivo utilizei a escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised (FLACC - R) por apresentar uma descrição mais detalhada dos descritores e incorporar comportamentos específicos de dor destas crianças, resultando numa pontuação final também de zero a dez (Batalha L. M., 2016).

Na triagem, é essencial e obrigatório porque o sistema também o exige, monitorizar a dor, no entanto, o sistema informático não utiliza escalas adaptadas às características de cada criança, o que leva a uma avaliação menos criteriosa. Por este motivo, mais uma vez o treino e experiência do enfermeiro são fundamentais para garantir uma avaliação real, pois cabe a este ter conhecimento das escalas apropriadas, dos parâmetros a determinar e a transpô-las para a escala numérica. Também o relato do cuidador é tido em consideração, assim como, a autoavaliação pela criança quando possível. Já neste momento instituíamos medidas farmacológicas de alívio da dor moderada ou forte.

No SUPP pela diversidade de idades das crianças, das patologias e etiologia da dor, as escalas utilizadas foram em conformidade e, da mesma forma, também as medidas farmacológicas e não farmacológicas. Durante procedimentos dolorosos recorri à aplicação tópica de xilocaína spray (um novo protocolo do serviço – aguardava-se 3 min pela sua atuação após aplicação), a sucção não nutritiva e utilização de glicose a 30% (pois não existia sacarose a 24%), a medidas de distração através de brinquedos que a criança trouxesse ou livros ou vídeos usando como recurso o telemóvel; em crianças maiores ou adolescentes medidas de relaxamento através de respiração profunda, de imaginação guiada e o reforço positivo, nomeadamente com atribuição de recompensa como autocolantes ou diplomas. O medo e a ansiedade das crianças/jovens e dos seus pais agravam a dor, pelo que através de linguagem e estratégias adequadas à idade, preparei e expliquei os procedimentos, utilizando o Modelo de Informação Preparatória, assim como aos pais a conduta a adotar durante o procedimento de modo a distraírem a criança em vez de a tentarem sossegar, e a apoiarem a criança da melhor forma possível (Direção-Geral da Saúde, 2012) (Ordem dos Enfermeiros, 2013) (Fernandes, 2020). Quando os procedimentos dolorosos como a punção venosa eram programados, o que acontecia mais vulgarmente em OBS, aplicava creme anestésico tópico (EMLA) para prevenção da dor da criança.

Na USF, mais concretamente nas CESIJ, a dor esteve essencialmente associada à vacinação. Nos bebés promovi a amamentação, que deve ser considerada a intervenção

analgésica de primeira linha e é recomendada pela Organização Mundial de Saúde, e todas as intervenções que referi anteriormente. Em crianças mais velhas foi promovido ambiente seguro, mantendo-se ao colo dos pais e, também foram utilizadas as medidas anteriormente descritas, nomeadamente, técnicas de distração e relaxamento, imaginação guiada e elogio após o procedimento. Constatei que a maior parte dos pais, independentemente da faixa etária, administrava Paracetamol de forma preventiva, pelo que procurei desconstruir esta ideia e fornecer informação fidedigna de que não é recomendada a administração preventiva de paracetamol, por rotina, antes ou durante a vacinação, uma vez que pode haver interferência com a resposta imunológica, podendo sim, ser administrado como forma de tratamento da febre e de sintomas locais que ocorram após a vacinação ou quando for previsível a ocorrência de febre após a vacinação. Poderá ser administrado paracetamol preventivamente, após a administração da vacina, nomeadamente, a MenB em crianças com menos de 2 anos (Direção-Geral da Saúde, 2020).

Julgo, pelo que presencio e presenciei, que a temática da dor é cada vez mais valorizada pelos enfermeiros que lidam com crianças e jovens, mas acredito que a experiência e sensibilidade pessoal é um fator relevante no impacto que cada um atribui à dor. No entanto, existe ainda um caminho longo até atingirmos a forma plena de cuidado nesta área tão importante e sensível, até porque os factos conhecidos continuam a demonstrar baixa prevalência de registo das avaliações e tratamentos efetuados, refletindo altas taxas e graus intensos de dor relatados pelas crianças (Batalha, et al., 2014) (Fernandes, 2020). Considero ser perentório formar, consciencializar e relembrar os enfermeiros, mas principalmente, os restantes profissionais de saúde, da importância da dor dado que tendem a esquecer com a sua rotina de elevada carga de trabalho e stress a relevância do tema e os efeitos nefastos que daí podem advir.

Tendo como base este conhecimento, o enfermeiro deve ser capaz de instituir medidas não farmacológicas da dor, provando a sua autonomia e cuidado humanizado.

Desta forma, aprimorei competências de gestão da dor, avaliei e reavaliei a dor através da aplicação de escalas apropriadas, preveni, aliviei e controlei a dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas da dor. Estas últimas são intervenções baratas, de fácil aplicabilidade, baixa complexidade, baixo risco, podendo inclusivamente ser realizadas pelos próprios pais, permitindo que estes se envolvam na prestação de cuidados, diminuindo assim, a sua ansiedade e a dos seus filhos. São intervenções que

demonstram a autonomia de enfermagem, devendo ser utilizadas de forma complementar às medidas farmacológicas.

Competências desenvolvidas:

- *Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização;*
- *Demonstrar consciência crítica e reflexiva para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com a criança/jovem e família na área de especialização;*
- *Tomar decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e as responsabilidades éticas e sociais.*

Objetivo:

- Desenvolver competências na promoção da saúde, do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil.

Reflexão

A criança está em constante crescimento e desenvolvimento das áreas psicomotoras, cognitivas, emocionais e sociais. O objetivo da vigilância de saúde infantil e juvenil é exatamente avaliar esse desenvolvimento de modo a identificar precocemente alterações que possam ter implicações na qualidade de vida, no sucesso educacional e na integração social por parte das crianças. O desenvolvimento psicomotor é um processo em constante evolução e progresso, no qual as diferentes habilidades motoras e cognitivas se desenvolvem de forma sequencial e interligada, no entanto, é importante salientar que a velocidade com que as crianças progridem de um estágio para outro pode variar, assim como a idade em que adquirem novas habilidades (Festas, Quelhas, & Braga, 2020).

Neste sentido, as CESIJ representam uma oportunidade valiosa nesta vigilância de forma a avaliar, detetar precocemente, intervir e orientar possíveis perturbações identificadas nos sinais de alarme (Direção-Geral da Saúde, 2013). O enfermeiro ao realizar esta consulta deve ter especial preocupação com a metodologia da mesma de forma a atingir o seu potencial de qualidade. Segundo Melo (2021), a Consulta de Enfermagem é uma importante ferramenta para aplicar o processo de enfermagem de forma eficaz. É essencial que o enfermeiro esteja bem preparado e consciente do que abordar durante a consulta, focando nos principais temas e identificando possíveis diagnósticos de

enfermagem. A prescrição e implementação de intervenções, seguidas pela avaliação dos resultados, são passos fundamentais neste processo. Quando o enfermeiro tem um processo de decisão clínica bem estruturado, a consulta torna-se numa interação terapêutica significativa, e não apenas uma simples conversa que poderia acontecer com qualquer outra pessoa ou profissional de saúde (Melo, 2021) de modo a potenciar as capacidades que cada família tem no seu autocuidado. Deve realizar-se uma avaliação completa e estabelecer um plano de cuidados de enfermagem que vá além da simples medição das dimensões antropométricas antes da consulta médica. O objetivo é auxiliar crianças/jovens e suas comunidades a manter, melhorar ou recuperar a saúde, permitindo que alcancem sua capacidade máxima de autocuidado o mais rápido possível (Fernandes & Andrade, 2020).

Pude, em contexto de USF, participar e realizar CESIJ construindo a minha autonomia na concretização das mesmas, apesar de se ter tratado de um contexto temporal curto. Em concordância com toda a equipa de enfermagem, eu e a enfermeira orientadora, realizamos todas as CESIJ no sentido de o estágio ser o mais proveitoso possível e de atingir os objetivos a que me propus. As faixas etárias foram variadas, desde o 1º mês de vida até aos 12/13 anos, mas infelizmente não tive oportunidade de realizar consultas a jovens acima destas idades. Assim, efetuei a avaliação do crescimento e desenvolvimento indicados no PNSIJ, a sua verificação, discussão e interpretação junto dos pais/cuidadores, tendo especial atenção para os sinais de alerta. Dava início a esta avaliação logo que a criança e família entravam na consulta. Ao longo da mesma ia observando-os, a sua interação, como comunicavam e se comportavam, como a criança brincava e, também, brincando com a criança ia construindo a minha avaliação. Através de um discurso transparente, consistente, mostrando a minha intencionalidade ia efetuando recomendações de saúde, respondendo a dúvidas e dando sugestões capazes de implementar medidas para promover e estimular o desenvolvimento, e orientações aos pais sobre como estimular o seu filho, para que tanto a criança como os pais pudessem alcançar o máximo das suas potencialidades. Como forma de promoção da saúde e prevenção de doença valorizei e promovi cuidados antecipatórios e comportamentos promotores de saúde, transmitindo conhecimentos sobre temas como alimentação, sono e repouso, exposição a ecrãs, brincadeira, birras, disciplina, saúde oral, segurança e acidentes, adequando os temas à idade e estágio de desenvolvimento. Durante este processo de interação, procurei envolver a criança/jovem e família no planeamento dos objetivos e resultados negociando-os de modo a promover o desenvolvimento pessoal e

a autodeterminação da criança/jovem nas escolhas relativas à saúde e dos pais no desenvolvimento do papel parental, de forma a estarem relacionados com o projeto de vida que desejam.

Por todos estes motivos, as CESIJ obedecem a calendarização em idades-chave, de acordo com as necessidades da criança/jovem e família, mas também alinhadas com o esquema cronológico preconizado no PNV de forma a reduzir as deslocações às unidades, a aumentar a adesão à vacinação e à presença nas consultas (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Nas CESIJ promovi adesão ao PNV esclarecendo os pais e crianças sobre a importância da vacinação na saúde individual e na saúde pública, informei sobre as vacinas do PNV e vacinas extraplano, sobre cuidados pré e pós vacinação, os efeitos adversos que podem ocorrer e como atuar aquando dos mesmos e as falsas contra-indicações para a não vacinação. Procurei esclarecer e demonstrar a importância da vacina do sarampo aos pais, doença que foi bastante falada na comunicação social pelo aparecimento de casos e que colocou em alarme muitos pais na altura do meu estágio. Realizei vacinação, tranquilizando a criança e efetuando uma gestão adequada da dor e adotei estratégias para acalmar os pais demonstrando empatia e compreensão e disponibilidade para esclarecer dúvidas. Efetuei o registo da imunização no Boletim de Vacinas, no programa informático e agendei a consulta seguinte.

Como já referi anteriormente, verifiquei que grande parte dos pais administravam Paracetamol antes da imunização para evitar o desconforto da criança no momento da punção, contudo, a sua utilização não impede a dor, pelo que procurei esclarecer essa questão revelando o que a evidência nos diz. A administração Paracetamol anteriormente à vacinação, poderá diminuir a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos como febre, no entanto, poderá também ocultar sinais ou sintomas anormais que possam surgir após a administração da vacina como infeção, diminuindo a concentração de anticorpos e, portanto, a resposta imunitária da criança (Sousa, Pereira, & Araújo, 2014) (Direção-Geral da Saúde, 2020).

Considerarei igualmente importante conhecer as recomendações da vacinação de cidadãos estrangeiros no contexto de proteção temporária, uma vez que a USF que integrei, tinha uma grande comunidade de utentes de várias nacionalidades e visto que *“todas as pessoas presentes em Portugal têm o direito a ser vacinadas, pelo que todos os cidadãos em situação de proteção temporária, pedido de asilo, refugiados ou outras situações similares* (Fernandes, 2020)(Direção-Geral da Saúde, 2022, p. 1).

Como reflexão e como sugestões de melhoria tenho dois pontos que pretendo destacar. O primeiro prende-se com o facto de o gabinete para a realização das CESIJ ser pouco acolhedor, sem qualquer decoração que se adegue à idade pediátrica ou objetos lúdicos, tendo em conta o impacto que o ambiente tem na minimização da ansiedade e medo provocados pelo recurso a unidades de saúde (Tavares, 2020). O segundo aspeto é relativo ao tempo que se encontra estipulado para cada consulta – 20 min - que constatei ser insuficiente para que a mesma seja efetuada com qualidade e de modo a atingir a satisfação da criança/jovem e família.

Ainda em contexto da USF tive oportunidade de colaborar no RSVI, integrado no PNSIJ e no Programa Nacional para a Saúde da Visão. O RSVI tem como propósito a identificação de todas as crianças entre os 2 e os 5 anos com alterações oftalmológicas capazes de provocar ambliopia. O diagnóstico precoce e a determinação da sua causa são essenciais para um tratamento adequado que permita a recuperação, evitando que a ambliopia persista na idade adulta. As patologias visuais têm sérias consequências no crescimento e desenvolvimento da criança, assim como implicações negativas a nível pessoal, familiar e escolar, sendo impreterível prevenir e tratar a doença visual. Após a realização do rastreio, o exame é observado por um oftalmologista que se verificar alterações encaminha a criança para consulta de oftalmologia no hospital da área.

Em síntese, prestei cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem promovendo o crescimento e o desenvolvimento infantil, demonstrando conhecimentos e avaliando o crescimento e desenvolvimento tendo em conta a individualidade de cada família e com base no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Objetivo:

- Desenvolver competências no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE).

Reflexão

A escola não é só o local do despertar do desejo de superação de desafios para as crianças e jovens, é também o local de encontro com os amigos, de conhecer novos colegas, professores e disciplinas, de ultrapassar barreiras e enfrentar receios relacionados com as responsabilidades escolares.

A família constitui sempre a primeira escola da criança/jovem. A escola durante o período letivo transforma-se na segunda casa de cada criança/jovem, uma vez que lá passam um período significativo do dia, encontrando-se por isso numa posição privilegiada como um espaço seguro e saudável para a preparação do futuro, de forma a torná-los capazes de cuidar da sua própria saúde.

Além da transmissão de conhecimentos académicos nas diversas disciplinas, cabe à escola educar para saúde, formar alunos para a aquisição de competências e habilidades pessoais e sociais que conduzam a comportamentos promotores de saúde que podem favorecer as aprendizagens e estilos de vida saudáveis ao longo da vida.

O PNSE é um instrumento norteador das políticas nacionais no que à promoção de saúde em ambiente escolar diz respeito, e onde se encontra preconizado o direito das crianças e jovens à saúde e educação e oportunidade de frequentar uma escola promotora da saúde e bem-estar (Direção-Geral da Saúde, 2015).

O PNSE tem como principal objetivo promover a saúde no ambiente escolar, através da capacitação das várias comunidades educativas - alunos, pais, pessoal docente e não docente - na promoção de estilos de vida saudáveis. Além disso, visa desenvolver estratégias de supervisão e apoio para melhorar o ambiente escolar, de modo a reduzir os riscos para a saúde das crianças/jovens. É importante destacar que o PNSE apoia a promoção da saúde e a prevenção de doenças com o intuito de minimizar os impactos negativos dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos. O programa adota uma abordagem inclusiva para lidar com situações de saúde vulnerável entre os estudantes. Reconhece também a importância das parcerias com diversos elementos da comunidade para apoiar as atividades voltadas para a promoção e educação em saúde no ambiente escolar. Coloca especial destaque na literacia em saúde, que é fundamental para que as crianças/jovens tomem decisões de saúde responsáveis (Direção-Geral da Saúde, 2015) (Festas, Quelhas, & Braga, 2020).

Constituem o PNSE seis eixos estratégicos que se relacionam e articulam com os fatores que influenciam a saúde, a nível individual e coletivo. Os três primeiros - capacitação, ambiente escolar e saúde e condições de saúde - são nucleares e os restantes - qualidade e inovação, formação e investigação em saúde escolar e parcerias - são complementares e transversais (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A promoção da saúde desenvolve-se através de processos de educação para a saúde que por sua vez se deve organizar em torno de programas. Estes programas devem ser desenvolvidos através de estratégias comunicacionais adequadas e de forma que os conhecimentos em saúde melhorem para que exista mudança nos comportamentos de saúde. A promoção de saúde em meio escolar estabelece uma metodologia por projeto tendo em conta as verdadeiras necessidades da comunidade escolar, que melhorem o desempenho escolar e aumentem a literacia em saúde para que a comunidade educativa tenha um melhor estilo de vida (Festas, Quelhas, & Braga, 2020).

As principais áreas de intervenção são: a saúde mental e competências socioemocionais, a educação para os afetos e a sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural e prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A operacionalização do PNSE a nível local é da responsabilidade do ACES e onde se integra a equipa de saúde escolar da UCC, do qual o EEESIP faz parte, e que articula com o Coordenador de Educação para a Saúde dos agrupamentos de escola assim como com a Equipa de Promoção e Educação para a Saúde.

Este contexto foi indubitavelmente o desafio mais significativo de toda a minha trajetória. Descobri uma realidade muito diferente da que conhecia, repleta de novidades que me exigiram um excecional empenho e adaptação, na medida em apenas tinha os conhecimentos adquiridos na componente teórica deste curso, o que exigiu de mim um investimento de pesquisa, estudo, observação e questionamento muito grandes para que integrasse a dinâmica deste trabalho, o compreendesse e o executasse como EEESIP. Encarei, no entanto, cada momento e interação como oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento profissional e, dessa forma, fui gradualmente compreendendo a dinâmica e incorporando as habilidades e conhecimentos. Reconheço que é uma área que requer muito empenho e dedicação para que tenha qualidade e resultados. Para além da responsabilidade, o enfermeiro deve ter uma formação sólida nas mais diversificadas áreas que influenciam a saúde de toda a comunidade escolar, para além de técnicas de comunicação, ensino e aprendizagem necessárias e adequadas a cada elemento, assim como ser capaz de efetuar uma gestão eficaz dos recursos de saúde (Festas, Quelhas, & Braga, 2020).

A equipa de saúde escolar da UCC onde decorreu o estágio é constituída por 6 enfermeiros, sendo que a minha enfermeira tutora se encontrava responsável pelos jardins de infância de Institutos Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

Neste sentido, acompanhei e colaborei com a EEESIP nas sessões de educação para a saúde a alunos, docentes e não docentes, que foram planeadas e implementadas conforme as necessidades identificadas no ambiente escolar. Tendo em conta que o meu estágio decorreu já o ano letivo tinha iniciado, não tive oportunidade de participar na reunião em que preparam e definem o Plano Anual de Atividades a desenvolver no ano letivo, mas a minha enfermeira orientadora explicou-me a dinâmica e o que definiram.

A primeira Ação de Educação para a Saúde (AES) que assisti e participei foi sobre Alimentação direcionada para pais e encarregados de educação e onde também estiveram presentes educadoras de infância e assistentes operacionais. A escola desempenha um papel fundamental na promoção da educação alimentar e na transmissão de conhecimentos relativos a uma alimentação saudável para além de exercer influência na oferta alimentar, fomentando assim a adesão a uma alimentação equilibrada (Direção-Geral da Saúde, 2015). As educadoras sentiam necessidade de que fossem desmistificadas algumas questões sobre alimentação uma vez que os pais são extremamente exigentes com isso, mas também apresentavam ideias erradas sobre por exemplo restrições alimentares sem necessidade clínica para tal.

Assisti a várias AES de inúmeras turmas sobre Gestão de Emoções no âmbito do Projeto Projeto *Social and Emotional Learning* (SEL) no sentido de assegurar as condições de saúde física e mental que permitam às crianças e jovens a aquisição de competências emocionais e de gestão das mesmas (Direção-Geral da Saúde, 2015). Para além disso, tive oportunidade de trabalhar na prevenção de abusos sexuais e respeito pelo corpo. Através de um jogo, era indicado que as crianças efetuassem uma série de toques em si e nos colegas e, de forma a saberem estabelecer limites, sempre que era um local onde não se deve tocar no outro ou em quem não quer ser tocado, dizíamos “*STOP*”. Desta forma, também compreendiam que não é admissível que um estranho lhes toque, nem que seja amigo dos pais, e que podem e devem contar aos pais sempre que algo que considerem desagradável aconteça. As crianças tinham idades compreendidas entre os 3 e 5 anos, pelo que considero ser extremamente importante dar ferramentas desde pequenos para que

compreendam os seus limites, os dos outros e que respeitem e sejam respeitados, assim como, competências que podem fazer a diferença e colocá-los em segurança.

Integrada na dinâmica da equipa de saúde escolar e após identificação da necessidade do tema, planeei e realizei de forma completa e estruturada uma AES subordinada ao tema *Visões de Empoderamento Digital* (Apêndice I) de forma a dotar os pais/encarregados de educação de conhecimentos sobre o tempo de exposição a ecrãs, nomeadamente, o tempo recomendado para cada faixa etária, vantagens e desvantagens, recomendações e locais de pesquisa fidedigna sobre esta temática e métodos de controlo parental que lhes proporcionem segurança. Todos os passos de um processo de planeamento com identificação de necessidades, definição de prioridades, desenvolvimento das ações e avaliação de processo foram percorridos, pelo que desenvolvi competências nesta área. Sendo este um tema cada vez mais atual e que tem suscitado cada vez mais preocupação na comunidade escolar e no seio dos profissionais de saúde, pareceu-me perentório investir numa fase inicial da vida da criança empoderando os pais de conhecimento, pois é indubitável que estes querem o melhor para os seus filhos. Como forma de convite elaborei um cartaz que se encontra no mesmo apêndice. A adesão à AES foi muito positiva tendo a presença de 62 pais/encarregados de educação em duas sessões, que demonstraram grande receptividade e interesse no tema, assim como a responsável da IPSS.

Tendo em conta que a minha enfermeira orientadora tinha a sua prática de ação apenas na faixa etária referida, solicitei-lhe autorização para acompanhar a outra EEESIP para poder observar a realidade dos adolescentes. Posto isto, colaborei na realização da AES de Suporte Básico de Vida, dirigida a todas as turmas do 8º e 9º anos, tanto na componente teórica como na prática, visto ser detentora de conhecimentos que me possibilitaram realizá-la ainda que não tenha sido eu a desenvolver o plano de formação. No âmbito do PRESSE, que apoia a implementação de educação sexual nas escolas, no sentido de contribuir para a tomada de decisões responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais, também colaborei na AES a crianças do 5º e 6º anos em que os temas abordados foram a transformação do corpo, os caracteres sexuais secundários, compreensão do ciclo menstrual e ovulatório, reprodução humana e crescimento, contraceção e planeamento familiar. Pude perceber que têm na enfermeira de saúde escolar alguém de confiança, que

os ouve e esclarece sem juízos de valor e a quem procuram para conversar sobre os mais variados temas.

Neste contexto, pude ainda conhecer o processo de identificação e referenciação da criança com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) uma vez que é uma das áreas de intervenção do PNSE pertencente ao eixo estratégico condições de saúde. A referenciação de crianças com NSE à equipa de saúde escolar pode ser efetuada por profissionais de saúde, escola ou pelos pais ou encarregados de educação (Direção-Geral da Saúde, 2015).

NSE são definidas como *“as que resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam, irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual”* sendo que *“o processo de referenciação-intervenção-monitorização dos progressos e eventual revisão das medidas de saúde deve ser operacionalizado através de um plano de saúde individual.”* (Direção-Geral da Saúde, 2015, pp. 43 - 44). O Plano de Saúde Individual (PSI) deve ser elaborado em colaboração com a comunidade educativa e com os pais/encarregados de educação com o propósito de avaliar a situação e desenvolver um plano adaptado às particularidades da situação, oferecendo apoio e capacitando-os, de forma a prevenir precocemente fenómenos de discriminação e exclusão (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Em contexto de estágio não tive oportunidade de participar na elaboração de um PSI, no entanto tive a possibilidade de consultar três referentes a Diabetes, Alergias e Epilepsia e as respetivas medidas implementadas em cada um, a forma como são mobilizados os recursos e a atitude colaborativa de toda a comunidade escolar, capacitando-os de modo que a criança alcance o seu melhor desempenho escolar.

Este estágio mostrou-se essencial no desenvolvimento de competências âmbito do PNSE e do papel do EEESIP na equipa de saúde escolar, tal como, a importância e exigência do trabalho que desenvolvem a fim de empoderar toda uma comunidade considerando cada especificidade para que os frutos colhidos sejam tomadas de decisão em saúde responsáveis e que as crianças/jovens atinjam o melhor desempenho escolar.

Objetivo:

- Compreender o papel do EEESIP na deteção e cuidado à criança/jovem e família em situação de risco e maus-tratos.

Reflexão

De acordo com o Código Deontológico, inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei no 156/2015 de 16 de setembro da Assembleia da República, 2015, no seu Artigo 102º - dos Valores Humanos, o enfermeiro assume o dever de “*salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 8079). Para além disto, acresce ao EEESIP a responsabilidade de “*diagnosticar precocemente e intervir (...) nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193), através da identificação de situações de risco para a criança/jovem como maus tratos, negligência e comportamentos de risco, da sensibilização dos pais/cuidadores e profissionais para o risco, prevenção e consequências da violência, assim como, deve assistir a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste sentido, e na busca da concretização desta competência, surge a necessidade de enquadramento teórico e jurídico-legal sobre esta temática.

Tendo em conta a importância da problemática dos maus-tratos a crianças e jovens ser um problema grave de saúde pública que influencia negativamente o desenvolvimento das crianças e jovens, e sendo motivo de preocupação dos profissionais de saúde e decisores políticos, ao longo das décadas tem vindo a desenvolver-se um trabalho conjunto no sentido de proteger as crianças e jovens (Pádua, Silva, & Contreiras, 2020). Em 1999 é aprovada a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Diário da República, 1999), que mais tarde, em 2015, sofreu algumas alterações (Diário da República, 2015) e onde se encontra definido o modelo de Pirâmide de intervenção.

Teve início, em 2007 após despacho ministerial, o desenvolvimento de um projeto de intervenção colaborativo entre Administrações Regionais de Saúde (ARS), CSP e hospitais com a avaliação da necessidade de implementar uma rede de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco quer no contexto dos cuidados de saúde primários - NACJR - quer no dos hospitalares - NHACJR. O projeto adquiriu um novo *status* e uma dinâmica acrescida, ao ser criada a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR) a 5 de dezembro de 2008 (Diário da República, 2008).

Os NACJR/NHAJR situam-se no primeiro nível de intervenção (na base da pirâmide) onde se pretende a articulação das áreas da saúde, educação, formação profissional da área da infância/juventude de forma que intervenham na promoção dos direitos e proteção das crianças/jovens. O objetivo dos núcleos é promover os direitos das crianças e jovens e garantir a proteção destes em situações de risco ou perigo, sendo que cada elemento da equipa tem intervenções específicas de acordo com as suas competências e formação. Em reuniões semanais ou extraordinárias (se necessário), reúnem-se para discussão de casos e para tomar decisões em equipa. Estes núcleos articulam com os hospitais e restantes unidades de saúde da sua área de residência. São constituídos por equipas multidisciplinares (médico, enfermeiro, assistente social) e são integrantes dos serviços de saúde com atendimento pediátrico, o que promove uma personalização do atendimento e facilita a promoção e proteção dos direitos das crianças/jovens em risco (Pádua, Silva, & Contreiras, 2020).

Como instrumento de apoio à prática do dia-a-dia, foi desenvolvido, em 2011, um documento: *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção* para que os profissionais sempre que identifiquem ou suspeitem de uma situação de maus tratos referenciem adequadamente e onde se encontram as fichas de sinalização e inventário de identificação (Direcção-Geral da Saúde, 2011) (Pádua, Silva, & Contreiras, 2020).

A referenciação para a CPCJ (2º nível da pirâmide) dá-se quando são esgotadas as possibilidades de apoio no 1º nível da pirâmide, ou seja, quando o ACES ou NACJR não consiga dar resposta ao caso, ou quando os responsáveis pela criança estejam em desacordo com a intervenção, ou mesmo quando a criança/jovem (desde que com 12 ou mais anos) esteja em desacordo. A partir de então a CPCJ comunicará ao NACJR como se encontra a evolução do processo (Pádua, Silva, & Contreiras, 2020).

No 3º nível da pirâmide encontram-se as entidades judiciais, nomeadamente os tribunais de família e menores (Pádua, Silva, & Contreiras, 2020).

Após deteção, sinalização, caracterização e acompanhamento, os casos são arquivados apenas quando as questões que deram origem ao processo já não existam ou não permaneça outro fator de risco ou perigo para a criança/jovem (Pádua, Silva, & Contreiras, 2020).

É importante diferenciar risco de perigo até mesmo para determinar as entidades e os diferentes níveis de intervenção (Pádua, Silva, & Contreiras, 2020). Pádua, Silva, & Contreiras (2020) definem risco como todas as situações que se caracterizam por um risco

potencial e que podem comprometer os direitos das crianças/jovens. Aqui a intervenção das entidades do 1º nível cooperam entre si de forma a eliminar ou prevenir esse risco efetuando um acompanhamento minucioso em todas as dinâmicas de vivência da criança/jovem que possam potenciar o risco. O aparecimento do perigo é determinado pela evolução negativa do potencial risco.

Existem vários tipos de maus-tratos que podem ser classificados de: negligência – como má alimentação, má higiene, não adesão à vacinação ou acidentes -, maus-tratos físicos – danos físicos não acidentais como queimaduras, fraturas, síndrome da criança abandonada, intoxicações -, abuso sexual – como presenciar conversas, atormentar de forma a importunar, assistir a espetáculos obscenos, sessões fotográficas, manipulação de órgãos genitais e prática de coito -, maus-tratos psicológicos – incapacidade de proporcionar à criança/jovem bem-estar emocional e afetivo e um ambiente tranquilo como ausência de afeto, rejeição, humilhação, abandono temporário, vítima direta ou indireta de violência doméstica – e, por último, Síndrome de Munchausen por Procuração – que é uma situação complexa e difícil de identificar que consiste na recorrência da procura dos serviços de saúde com atribuição de sinais e sintomas nem sempre identificáveis em que o cuidador inflige maus-tratos para levar a criança/jovem aos serviços de saúde e tentar convencer os profissionais da doença da criança/jovem (Pádua, Silva, & Contreiras, 2020).

No ano de 2023 as CPCJ movimentaram 84196 Processos de Promoção e Proteção, mais 7,70% do que em 2022. Em 2023, acompanharam 471 crianças vítimas de maus-tratos físicos, 343 de maus-tratos psicológicos, 136 de abandono e 180 de abuso sexual. A negligência (33,45%), logo seguida pela violência doméstica (26,31%), constituem as categorias de perigo mais representadas nas comunicações recebidas, invertendo a tendência dos anos anteriores (CPCJ, 2024).

Tendo em conta estes números e as competências específicas do EEESIP, torna-se indeclinável o papel do EEESIP na deteção e identificação precoce de crianças/jovens e famílias em situação de risco e maus-tratos, assim como, na sensibilização destas e da comunidade para as mesmas.

Na UCC, tendo em conta que a minha enfermeira tutora integrava o NACJR do ACES e a CPCJ, consegui compreender a dinâmica funcional do núcleo e da CPCJ, as áreas de atuação de ambas e o seu papel no apoio às situações de crianças e jovens em risco e a articulação entre as diferentes instituições. Com muita pena minha, devido a questões burocráticas e de confidencialidade e sigilo, não pude assistir a reuniões nem do NACJR nem da CPCJ, mas as conversas com a minha enfermeira orientadora foram muito

produtivas e esclarecedoras que aliadas à minha pesquisa pessoal e ao que foi lecionado na componente teórica deste mestrado, pude compreender claramente as dinâmicas. Constatei que é muito exigente emocionalmente para o enfermeiro esta responsabilidade e que, tendo em conta o número crescente de casos, as colegas não são capazes de dar resposta tão atempadamente quanto gostariam. Partilhou comigo que, apesar de não haver ainda um estudo efetuado, verificam que os crescentes números de referências se associam a imigrantes que apresentam especial vulnerabilidade. Esta questão da migração conduziu-nos a outra problemática, a do tráfico de seres humanos, nomeadamente de crianças, para a qual também devemos estar vigilantes. Pudemos discutir o papel do EEESIP nestas temáticas para as quais fiquei extremamente interessada e que resultou num convite para integrar a equipa da CPCJ.

Sendo um dos objetivos do PNSIJ (2013) identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus-tratos e violência, na USF, nomeadamente nas CESIJ, estive especialmente atenta a sinais de alerta e a possíveis situações de risco. Esta proximidade que o Enfermeiro de Família (EF) tem com a família permite-lhe detetar atempadamente questões da criança/jovem e do seu desenvolvimento físico, intelectual e emocional, a interação comportamental entre a criança/jovem e família, identificar necessidades ou problemas, prevenir situações de risco e sinalizar e encaminhar adequadamente crianças/jovens e famílias para outros profissionais ou para estes recursos na comunidade (Direção-Geral da Saúde, 2013). Até porque a atividade substantiva dos NACJR/NHACJR desenvolve -se sobretudo nos primeiros anos de vida das crianças (0 - 5 anos), período em que a área da saúde assume um papel privilegiado no trabalho junto das famílias, nomeadamente na vigilância da saúde infantil, mesmo antes da intervenção de outras entidades (Diário da República, 2023). Procurei, portanto, estar atenta a todas estas dimensões, sensibilizando também os restantes enfermeiros da USF para o papel ativo que devemos deter e que podem encontrar no EEESIP um apoio, atendendo as suas competências.

Objetivo:

- Compreender o papel do EEESIP na dinâmica de intervenção das ELI no âmbito do SNIPI.

Reflexão

O EEESIP deve apoiar a inclusão de crianças/jovens com necessidades de saúde e educativas especiais, trabalhando em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde, envolvendo a família, com vista à sua integração (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste sentido, em 2009, foi definido em Decreto-Lei a criação do SNIPI que funciona por articulação das estruturas representativas dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, em colaboração direta com as famílias. Tem como objetivo assegurar às crianças entre os 0 e os 6 anos e suas famílias a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, deteção e sinalização de todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento e intervenção precoce de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento, apoiando as famílias e envolvendo a comunidade. A Intervenção Precoce na Infância (IPI) define-se como um conjunto de medidas de apoio da área social, da educação e da saúde que devem ser realizadas nos ambientes habituais das crianças durante as rotinas e atividades diárias de modo a promover a participação da criança nas experiências de aprendizagem, partindo dos objetivos definidos pela família, melhorando as oportunidades de aprendizagem da criança, fortalecendo as competências dos cuidadores e promovendo os recursos das famílias e da comunidade (Diário da República, 2009).

As ELI do SNIPI são pluridisciplinares (enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e da fala, assistente social e educador de infância) e identificam crianças/famílias, vigiam e avaliam, encaminham e articulam com outras entidades ou recursos se necessário, elaboraram e executam o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP). O PIIP é um documento organizador, elaborado em função da avaliação da criança nos seus contextos naturais, definindo as medidas e ações a desenvolver de forma a promover o desenvolvimento da criança e a autonomia da família em colaboração com a mesma. Para cada caso é nomeado um mediador que pode ser um qualquer elemento da equipa e é responsável pela operacionalização do PIIP. A referenciação pode e deve ser feita por qualquer pessoa ou entidade da comunidade o mais precocemente possível (Diário da República, 2009) (Sistema de Intervenção Precoce na Infância, s.d.).

Na UCC que integrei, uma EEESIP incluía a ELI e foi esta que me explicou a dinâmica, mostrou-me um PIIP e analisamo-lo em conjunto, designadamente o propósito do mesmo e o papel do EEESIP, uma vez que não pude participar numa das reuniões semanais tendo

em conta as questões de confidencialidade e sigilo e a minha presença poder ser um fator comprometedor do PIIP uma vez que sendo um elemento desconhecido e provisório podia gerar apreensão na família. Contudo, com os documentos fornecidos por esta enfermeira e pela pesquisa que efetuei consegui compreender totalmente a dinâmica desta equipa e o trabalho que desenvolvem.

Objetivos:

- Desenvolver competências no âmbito do apoio à transição e ao desempenho da parentalidade;
- Promover o aleitamento materno;
- Promover a ligação e vinculação.

Reflexão

Um dos maiores desafios do ser humano é tornar-se mãe ou pai devido à grande responsabilidade que implica, às transformações a que conduz e à imprescindível adaptação que a chegada de uma criança demanda dentro do núcleo familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Este novo membro pode causar mudanças significativas na dinâmica familiar, podendo desencadear desequilíbrio e fragilidade o que por sua vez pode comprometer o desenvolvimento saudável da criança (Tralhão, et al., 2020).

As teorias orientam os cuidados em enfermagem para o caminho claro do cuidar sendo o propósito o aumento da qualidade das crianças e famílias (Loureiro, Antunes, & Charepe, 2020). Neste sentido, sinto que a análise da parentalidade deve ser observada pela perspetiva da Teoria das Transições de Meleis, uma vez que os enfermeiros estão no seu dia-a-dia com pessoas que passam por transições quando e se está relacionada com a sua saúde, bem-estar e capacidade de cuidar de si próprios para além de que lidam com os ambientes que interferem positiva ou negativamente com as transições (Meleis, 2010). Ou seja, o foco da Enfermagem é o estudo da resposta Humana à doença e aos processos de vida, logo, a parentalidade surge como um foco de atenção dos enfermeiros.

Segundo Meleis (2010) *“as transições são caracterizadas por diferentes estágios dinâmicos, marcos e pontos de viragem e podem ser definidos através de processos e/ou resultados terminais”*, ou seja, um processo desencadeado por uma mudança e uma passagem de um estado bastante estável para outro estado bastante estável (Meleis, 2010, p. 11).

Parentalidade refere-se ao ato de cuidar, é a assunção de responsabilidades de ser mãe/pai e orientar as crianças, levando em consideração as características específicas de ser mãe/pai. Envolve também comportamentos que visam facilitar a integração de um RN na família, assim como ações para promover o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças. Além disso, a parentalidade envolve a internalização das expectativas da sociedade, da família e dos amigos em relação aos comportamentos adequados e inadequados do papel parental (Internacional Council of Nurses, 2019).

Parentalidade positiva refere-se ao comportamento parental que se concentra no bem-estar e no desenvolvimento saudável da criança, evitando o uso de violência. Envolve satisfazer as necessidades da criança, capacitá-la, orientá-la e estabelecer limites adequados para promover o seu crescimento e desenvolvimento completo (Conselho da Europa, 2009) (Nunes, 2020).

A autoeficácia parental refere-se às percepções que os pais têm sobre a sua competência parental, que está relacionada com sua satisfação como pais (Bandura, 1997) (Tralhão, et al., 2020).

A vinda do primeiro filho pressupõe significativas mudanças, pressupõe a assunção do papel parental para além do de marido e mulher (Hockenberry, 2014), sendo considerada uma das transições mais importantes e marcantes e classificada como uma transição desenvolvimental que está associada a situações de desenvolvimento individual ou familiar e compreende todo o ciclo vital. Esta posição de vulnerabilidade a que ficam expostos na transição para este novo papel, fica afetada por fatores como a idade, a qualidade da relação que têm, a exposição anterior no cuidado a crianças, o sistema de suporte e as consequências do stress (Nunes, 2020).

Posto isto, o EEESIP adquire um papel preponderante uma vez que lhe compete assistir a criança na maximização da sua saúde ao longo do ciclo de vida e do seu desenvolvimento, para além de ver a criança e família como um todo considerando que o exercício do papel parental afeta diretamente o desenvolvimento da criança e o seu bem-estar e da família e de que os processos de transição colocam as pessoas mais suscetíveis aos riscos o que pode afetar a sua saúde. Logo, o EEESIP tem o dever de prevenir, promover e intervir no desempenho do papel parental, pois se não há transição saudável e efetiva, não há transição.

Neste sentido, em todos os contextos assistenciais promovi a parentalidade capacitando os pais para o desempenho do papel parental, concedendo ferramentas que os levem a um caminho e uma vivência positiva da parentalidade e plena de satisfação (Nunes, 2020).

Segundo Meleis (2010) a experiência da transição começa tão cedo quanto um evento ou mudança é antecipada, logo, a transição para o papel parental começa ainda na fase pré-natal (Meleis, 2010).

Durante a primeira fase da parentalidade, é importante que o foco seja na relação entre os pais e o bebê e nos fatores que podem afetar essa relação positiva ou negativamente. A vinculação é uma ligação emocional que, uma vez estabelecida, tende a perdurar no tempo. Portanto, é importante promover intervenções que facilitem a integração do RN na família e essencial estimular as competências parentais desde cedo e ainda durante a gravidez, pois podem ter um grande impacto no desenvolvimento do bebê. O EEESIP age como facilitador no processo de vinculação. Desta forma, forneci formação adequada relativamente às competências do bebê, promovi a amamentação, proporcionei e ensinei sobre o MC e incentivei ao envolvimento dos pais nos cuidados ao RN (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020).

São inquestionáveis os benefícios do leite materno tanto para a mãe como para o RN. É considerada a alimentação ideal tanto para RN saudáveis como para RNPT doentes. O leite materno é seguro, estéril, contém anticorpos que ajudam a proteger contra infecções respiratórias e gastrointestinais, promove a saúde mental e o desenvolvimento psicomotor e, para além disto, as crianças amamentadas têm menor propensão a ter excesso de peso ou obesidade e diabetes. À mãe, acelera a involução uterina, reduz o risco de cancro da mama e do ovário e de depressão pós-parto. Acima de tudo, traz momentos de relacionamento entre mãe e bebê (Vilaça & Ramos, 2020) (Dukuzumuremyi, Acheampong, Abesig, & Luo, 2020) (OMS, 2022) (Santos, et al., 2022). É extremamente importante que os pais sejam incluídos no processo de amamentação, pois para além de ser um dos motivos das mães deixarem de amamentar pela perceção da atitude dos maridos face à amamentação, deve ser encorajado o seu suporte para diminuir sentimentos de isolamento e desesperança, mas relevar o seu papel positivo no suporte da mulher na amamentação (Wheeler, 2014)

Ao longo de todo o estágio, nos diferentes contextos, promovi e incentivei à amamentação, mas também respeitei quando esse não era um projeto da mãe. Para que essa decisão fosse consciente e informada, informei dos benefícios da amamentação para ambos. Também aconselhei, apoiei e motivei a amamentação em momentos de dúvida e frustração, pois a amamentação é um processo de aprendizagem tanto para a mãe como para o RN.

Na UCIN encontrei inúmeros fatores inibidores de uma transição parental positiva, pois para além do processo de transição para a parentalidade, iniciam um processo de transição saúde-doença. Desde o motivo do internamento, à separação precoce pela hospitalização, aos sentimentos de incerteza em relação ao futuro e do prognóstico, aos sentimentos de culpa que muitas vezes surgem, até ao ambiente inóspito. Tendo em conta todas estas vicissitudes tentei, desde logo, estabelecer uma escuta ativa e adequiei a linguagem às características dos pais, fui clara e empática procurando estabelecer uma relação de confiança. Procurei promover a vinculação, incentivando ao toque, explicando e mostrando como o seu filho ia reagindo a ele, informando das competências do seu bebé e promovendo a participação nos cuidados. Muitas vezes, tendo em conta a instabilidade do RN, não era possível este ser amamentado, neste sentido, promovi a extração de leite materno fazendo os ensinamentos inerentes ao procedimento e armazenamento, para que o leite materno fosse o alimento primordial do seu filho e explicando que este é um processo até o seu filho esteja suficientemente estável para tolerar a amamentação. Sempre que possível, a administração do leite materno era efetuada com o RN ao colo (da mãe ou pai) de forma a promover a ligação, para que este pudesse sentir, ver, ouvir e cheirar o seu pai/mãe. Ao longo destes processos ia dando reforços positivos para que sentissem confiantes no desenvolvimento das suas competências.

Também neste contexto, promovi ativamente o MC sempre que as condições clínicas o permitiam. O contacto pele a pele envolve proximidade física e afeta de forma positiva a vinculação. Uma vez que apenas fazia manhãs e os internamentos na UCIN são prolongados, eu e os pais acordamos a realização do MC de manhã, a uma hora que fosse conveniente para estes e em dias alternados, um dia com o pai, outro com a mãe. O MC envolve o contato pele a pele entre o bebé e a mãe/pai, em que o bebé apenas em fralda (às vezes com gorro) é colocado entre o peito nu da mãe/pai em posição vertical; uma manta, camisa ou bata hospitalar pode ser enrolada nas costas da mãe/pai e do bebé para mantê-lo quente. O MC deve ocorrer de modo crescente e por tempo indeterminado, mas existem benefícios comprovados na vinculação quando efetuado imediatamente após o nascimento. Os benefícios do MC para o bebé são estabilizar a frequência cardíaca, melhorar o padrão respiratório, estabilizar a temperatura corporal, melhorar a saturação de oxigénio, aumentar o tempo de sono, ganho de peso, períodos de amamentação mais bem-sucedidos e diminuir o tempo de internamento. Às mães proporciona estimulação do leite materno, às mães/pais aumenta a autoconfiança no cuidado dos seus bebés e melhora o vínculo (Karimi, Abdollahi, Khadivzadeh, & Yas, 2022).

No SUPP, o contacto com os pais não é prolongado de forma a implementar estratégias consistentes no tempo, no entanto, a prática mostra-me que ao longo de todo o processo assistencial em contexto de urgência fui efetuando ensinamentos, dotando os pais de conhecimento e habilidades sobre os mais variados assuntos conforme as dúvidas que vão surgindo e de acordo com as queixas que os levam ao SUPP. Promovi a capacitação sobre regime terapêutico, por exemplo em situação de febre ou dos cuidados associados à inaloterapia ou em relação a procedimentos como lavagem nasal ou limpeza ocular. Procurei proporcionar, sempre que possível, o ambiente adequado à amamentação e aquando dos procedimentos incentivei ao toque e ao contacto visual.

Na USF ao longo das CESIJ procurei, através de cuidados antecipatórios sobre os mais variados temas - desenvolvimento, alimentação, eliminação, sono, higiene, segurança, entre outros – dotar os pais de conhecimentos de forma a melhorar a compreensão dos mesmos sobre cada fase do desenvolvimento do seu filho, antecipando problemas e chegando a acordo sobre estratégias resolutivas. A educação para a saúde é fundamental pois permite a troca de conhecimentos, a exposição de dúvidas, expectativas, podendo os enfermeiros aumentarem a confiança dos pais (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). Numa consulta de 1º mês, quando questionada sobre como se sentia com a amamentação, a mãe demonstrou insegurança uma vez que naquele momento a amamentação estava a ser dolorosa e acontecia ingurgitamento mamário. Questionei se poderia ajudar, se podia ver as mamas e a bebé a mamar. A mãe apesar de inicialmente renitente acabou por conceder autorização, e após algumas estratégias como o posicionamento correto do bebé, pegada correta e técnicas de sucção, e bastante paciência, consegui ajudá-la a que não desistisse da amamentação e que esta não fosse dolorosa. Foi agendada nova consulta para que se pudesse efetuar o devido acompanhamento.

Na UCC, promovi o desenvolvimento da parentalidade através da elaboração de uma AES sobre os benefícios e malefícios da exposição a ecrãs e estratégias para esse desafio do mundo digital, ferramentas para que possam desempenhar o seu papel parental empoderados de conhecimento, autoconfiantes e satisfeitos. Este tema é transversal a todas as idades, estatuto socioeconómico e cultural. Infelizmente, durante a minha permanência na UCC não decorreu nenhum curso de preparação para o parto pelo que não tive oportunidade de conhecer o lado pré-natal da promoção da parentalidade.

Objetivo:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados segundo o Modelo de

Parceria de Cuidados e promover os cuidados centrados na família.

Reflexão

Para que exista uma parentalidade mais segura e um desenvolvimento saudável da criança é extremamente importante a parceria entre o enfermeiro e os pais (Bento, Ferreira, & Amendoeira, 2020).

Atendendo a que a família tem uma grande influência na saúde e bem-estar da criança, a prestação dos cuidados dos enfermeiros deve considerar as necessidades de todos os elementos da família e não só da criança. O modelo de cuidados centrado na família pressupõe que este binómio seja o beneficiário dos cuidados e que os enfermeiros e famílias sejam parceiros na prestação de cuidados à criança, tendo como base o respeito, dignidade, partilha de informação e colaboração (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Os enfermeiros devem possuir competências de trabalhar em colaboração com os pais para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Os pais são considerados parceiros no cuidado à criança, mas sua participação deve ser direcionada para atingir os objetivos terapêuticos. A parceria de cuidados deve ser focada nos objetivos terapêuticos e nos resultados pretendidos quando estabelecido o plano de enfermagem (Sousa, Paiva, Pereira, Parente, & Sousa, 2023).

O modelo de parceria de cuidados surgiu pela primeira vez em 1988 por Anne Casey que desenvolveu o conceito e propôs um modelo de cuidados direcionado para a enfermagem pediátrica. O conceito de parceria de cuidados foi desenvolvido como uma forma de descrever a prática de cuidar e enfatiza a importância de negociar e respeitar os desejos da família. Baseia-se na filosofia de que os cuidados à criança, doente ou saudável, são mais eficazes quando prestados pela família, através de diferentes níveis de assistência, a fim de minimizar a necessidade da intervenção da equipa de profissionais de saúde (Casey & Mobbs, 1988) (Casey, 1995) (Sousa, Paiva, Pereira, Parente, & Sousa, 2023). O modelo de parceria de cuidados valoriza a *expertise* da família no cuidado ao seu filho, incentivando a manutenção de rotinas familiares durante a hospitalização. Envolve uma relação de confiança entre a criança, família e enfermeiros, permitindo uma aceitação mútua das capacidades, limitações e vontades de cada um em cada momento. Profissionais de saúde e pais têm papéis definidos, negociam, compartilham cuidados e tomam decisões juntos. A parceria vai além dos cuidados prestados pelos pais, pois os enfermeiros dedicam-se às necessidades de saúde, enquanto os pais são especialistas no

comportamento e cuidados familiares do filho. Este modelo abarca cinco conceitos: criança, família, enfermeiros, saúde e ambiente. A criança tem necessidades desde que nasce e está dependente e ao longo da vida vai desenvolvendo capacidades para responder às suas próprias necessidades. A família presta cuidados à criança e influenciam o seu desenvolvimento. Os enfermeiros devem ter como foco dos seus cuidados a criança e a sua família. Junto das famílias devem supervisionar os cuidados, aconselhar, orientar apoiar física e psicologicamente e favorecer um ambiente propício ao desenvolvimento da criança e que este binómio seja envolvido tanto nas decisões como nos cuidados. Não menos importante é o papel que o enfermeiro representa como detetor de necessidades que requeiram de intervenção por outros profissionais capazes de dar resposta às mesmas de forma a alcançar a recuperação e reabilitação da criança, sempre com o envolvimento dos pais. A saúde sugere o bem-estar físico e mental da criança permitindo que esta atinja o seu potencial de desenvolvimento. Ao ambiente estão associados os estímulos exteriores que podem afetar o seu desenvolvimento. Então, esta parceria assente no respeito, comunicação, empatia, negociação, informação partilhada e perspetiva holística preconiza que o enfermeiro presta cuidados de enfermagem e os pais cuidados familiares. Sendo que o enfermeiro poderá, se necessário, prestar cuidados familiares e os pais, com ensino, treino e supervisão do enfermeiro, algumas atividades de enfermagem. (Monteiro & Cerqueira, 2020).

De forma a auxiliar à tomada de decisão em relação aos aspetos de saúde relevantes e ao potencial de participação dos pais nos cuidados e focalizadas na promoção da parentalidade, Sousa, Paiva, Pereira, Parente, & Sousa (2023) determinaram padrões de parceria de cuidados com intencionalidades terapêuticas num sentido crescente de complexidade dos contextos em que decorrem, desde o padrão de tipo um ao padrão de tipo sete (Sousa, Paiva, Pereira, Parente, & Sousa, 2023).

Ao longo de todos os contextos de estágio prestei cuidados centrados na família e em parceria. Através do estabelecimento de uma relação equitativa, empática e de confiança, procurei capacitar e fortalecer os pais para que se envolvessem nos cuidados com base nas suas habilidades, disponibilidade e vontade, respeitando sempre os desejos da criança. Utilizei o conhecimento dos pais sobre o seu filho para responder de maneira mais eficiente às necessidades da criança. A participação dos pais nos cuidados variou de acordo com o contexto de saúde e as necessidades e preferências de cada família, resultando num processo personalizado e negociado.

A hospitalização pode ser geradora de sentimentos de incapacidade, impotência e culpa nos pais, com especial impacto quando se trata de um internamento na UCIN que implica um afastamento numa fase tão precoce da construção de vínculo. Fui promotora e facilitadora de cuidados em parceria, baseando-me na troca de informações, negociando e partilhando com os pais as decisões, criando oportunidades para que fossem desenvolvendo habilidades e competências (algumas que já tinham e outras novas) de modo a satisfazer as necessidades do seu bebé tendo em conta os objetivos terapêuticos (Sousa, Paiva, Pereira, Parente, & Sousa, 2023). Efetuar um planeamento prévio das intervenções é extremamente importante, assim como a reavaliação da capacidade de envolvimento dos pais e a negociação da responsabilidade. Encorajei ao toque e expliquei que tipo de toque é prazeroso para os RN, ensinei a importância de medidas de conforto e como as aplicar, da importância de estarem atentos ao que o seu filho lhes ia “dizendo” e de o irem progressivamente conhecendo, capacitei-os para a troca de fralda, administração de leite por sonda ou por tetina, para a importância e benefícios do MC. Todos os procedimentos deram-se com supervisão, treino, orientação para que nunca se sentissem sozinhos, mas em igualdade. Através deste empoderamento, promovi a autoestima, autoconfiança, conhecimento e poder para assumirem o controlo da sua vida de forma a preparar a alta. Tendo em conta que toda a família deve ser tida em consideração, tinha especial cuidado com os irmãos que devido ao internamento logo após o parto ainda não tinham tido oportunidade de conhecer o novo elemento da família. Enviei uma fralda para a irmã de um RNPT que se encontrava internado como presente do seu irmão que, segundo a mãe ficou extremamente feliz e referiu ter-se apercebido de que o seu irmão era ainda mais pequenino do que imaginara. Fatores como este influenciam perceção dos pais sobre o internamento e o enfermeiro deve ser facilitador (Monteiro & Cerqueira, 2020).

O caráter momentâneo, urgente e rápido subjacente ao SUPP aumenta o desafio de estabelecer parceria nos cuidados, pois a atuação rápida compromete o processo de negociação. Tendo em conta o desafio acrescido do SUPP, procurei encontrar estratégias para desenvolver cuidados prestados em parceria. De forma calma, antes e aquando dos procedimentos, ia negociando com os pais o que eram capazes ou não de fazer e o que realmente estavam dispostos a fazer, assim como estava sensível até que ponto a criança/jovem queria que o seu pai fosse envolvido nos cuidados. Como exemplo, aquando da administração de uma medicação oral se o pai me der a informação de que a criança habitualmente não toma via oral e havendo outra forma possível de administração

viabilizava essa forma. Aquando da administração de um medicamento oral questionava se a criança e o pai preferiria ser ele a administrar ou se seria mais adequado ser eu; se o pai quisesse administrar observava a toma mesmo que houvesse necessidade de ser à distância. Em situações de emergência, os cuidados imediatos eram prestados e sempre/logo que possível era providenciada a presença dos pais e explicada toda a situação clínica, o que foi efetuado, o que se pensa efetuar de seguida e envolver o pai no processo assistencial e garantir a sua participação informada (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Tal como referi anteriormente, o modelo de parceria de cuidados aplica-se a todos os contextos em que a criança se encontra esteja ela doente ou saudável, pelo que também abrange os CSP. Nas CESIJ, após troca de informações entre os pais e eu, foi delineado um plano de cuidados em parceria com estes e com a criança/jovem, quando indicado, tendo em conta os seus objetivos e necessidades. Promovi o empoderamento parental através da transmissão de conhecimentos, de promoção da saúde e prevenção da doença, capacitando-os de forma a desenvolverem o seu papel parental de forma saudável, segura, eficaz e prazerosa. Efetuei, também sempre que necessário, encaminhamento para outros profissionais.

Atendendo ao acima descrito, assisti a criança/jovem e família na maximização da sua saúde promovendo a sua progressiva autonomização e tendo como foco dos cuidados o binómio criança/família e estabelecendo com ambos cuidados colaborativos no sentido da adequação da parentalidade. Desenvolvi competências de implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde através da negociação e participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar e promotor da parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

4.2 DOMÍNIO DA GESTÃO

Segundo Drucker (1994) a gestão é uma atividade complexa que envolve a coordenação de recursos humanos, físicos e financeiros, com o objetivo de produzir bens ou serviços, criando um ambiente de trabalho agradável para todos (Drucker, 1994).

A área da gestão na enfermagem é de suma importância de modo a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Neste âmbito, é necessário realizar planeamento, organização e controlo da prestação de cuidados de uma maneira oportuna, segura e abrangente, com o propósito de assegurar a continuidade dos

cuidados e apoiar as políticas e diretrizes estratégicas da instituição (Mororó, Enders, Lira, Silva, & Menezes, 2017).

Tal como já referi, a influência exercida pela gestão sobre a qualidade e segurança dos cuidados prestados é crucial, sendo essencial que o EE possua competências que lhe permitam liderar a equipa de forma eficaz. É esperado que saiba otimizar a resposta da sua equipa, adaptando a liderança e a gestão dos recursos de acordo com as situações e contextos, com o objetivo de assegurar a excelência nos cuidados prestados. Deve desempenhar um papel ativo e dinâmico na equipa, sendo capaz de gerir os cuidados de enfermagem e potenciar a eficiência do grupo (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Os programas de Mestrado em Enfermagem emergem como uma fonte de crescimento e fortalecimento das habilidades de liderança e gestão dos enfermeiros, que reverberam positivamente no seu desempenho no local de trabalho. Além disso, o caminho rumo a um patamar elevado de formação académica impulsiona o desenvolvimento de capacidades de raciocínio, fundamentais não só para funções clínicas, mas também para cargos de gestão e educação de maior responsabilidade dentro da instituição (Drennan, 2012).

Melo, et al. (2017) enaltece o papel basilar que a liderança exerce nas instituições de saúde, uma vez que é crucial para o seu bom funcionamento e desempenho (Melo, et al., 2017).

Competências desenvolvidas:

- *Gerir os cuidados de Enfermagem na área de especialização;*
- *Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de especialização.*

Objetivos:

- Desenvolver competências no âmbito da gestão, liderança e supervisão de cuidados de enfermagem;
- Compreender o papel do EEESIP na gestão de cuidados.

Reflexão

Gestão consiste em trabalhar com os recursos disponíveis da maneira mais eficiente possível para atingir os objetivos esperados com o mínimo de despesas. Segundo Mações (2018) o processo de gestão é composto pelo planejamento, organização, direção e controle, que se interrelacionam entre si (Mações, 2018).

O sucesso das organizações depende das estratégias adotadas pelos líderes e pela forma como estes gerem os seus recursos. É essencial que os líderes motivem, formem, desenvolvam e avaliem o desempenho dos seus colaboradores de forma a alcançar a excelência. Para se adaptar às transformações na área da saúde e garantir a sustentabilidade, a qualidade dos serviços e a satisfação dos profissionais e clientes, as organizações precisam reestruturar os seus processos. Neste sentido, a gestão em enfermagem torna-se decisiva para a qualidade dos serviços de saúde, contribuindo para o planejamento em saúde e promovendo eficiência, qualidade e satisfação dos profissionais, mas sobretudo, dos utentes e suas famílias (Cruz & Frederico, 2012).

Além disso, a OE destaca a importância das funções de gestão em enfermagem de forma a garantir a qualidade do trabalho profissional. Este papel é reconhecido, validado e certificado dentro do Modelo de Desenvolvimento Profissional, abrangendo áreas como gestão, pesquisa, ensino, formação e consultoria. Os enfermeiros que exercem funções de gestão avaliam e propõem os recursos humanos necessários para a prestação de cuidados, estabelecem normas de atuação, avaliam o desempenho, propõem protocolos e sistemas de informação, dão parecer técnico sobre instalações, materiais e equipamentos, e colaboram na implementação de métodos de ensino/aprendizagem em colaboração com as instituições de saúde e de ensino superior (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Nos últimos anos, a enfermagem tem progredido tanto na educação quanto na prática, o que tem fortalecido os seus conhecimentos e habilidades e permitido mais autonomia profissional. A fim de garantir que a gestão e a prática clínica estejam alinhadas, espera-se que o EE tenha a capacidade de influenciar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem através da sua gestão competente. Deve ser capaz de liderar a sua equipa de forma eficaz, adaptando a sua liderança e gestão de recursos de acordo com as situações e contextos, aliando a gestão e assistência garantindo assim a qualidade dos cuidados prestados, pois a gestão dos cuidados é uma das suas competências (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Em todos os contextos de estágio, procurei efetuar uma gestão adequada dos cuidados, tendo como centro dos meus cuidados o binómio criança-família. Respondi com eficácia e eficiência aos problemas com que me deparei, defini prioridades, colaborei com a equipa tanto na prestação de cuidados (sempre que necessário) como nas decisões (quando oportuno). Em todos os momentos a minha tomada de decisão foi fundamentada em evidência científica.

Durante a prestação de cuidados, e no sentido de gerir os mesmos de forma eficaz, é muitas vezes necessário delegar tarefas, nomeadamente, aos assistentes operacionais, pelo que sempre que necessário solicitei tarefas, supervisionei e avaliei a execução das mesmas. Exemplo dessa delegação de tarefas é, por exemplo, no SN a solicitação de um leite para administração a um RN ou acondicionamento correto de leite materno com a devida identificação.

A gestão de recursos humanos e materiais são mais duas peças do puzzle das competências de gestão do EE. No SN, um enfermeiro é destacado pela Enfermeira Gestora para cada turno como Responsável de Turno. Habitualmente, é um EEESIP ou um enfermeiro com muita experiência que por reunir um conjunto de competências que foi adquirindo ao longo do percurso profissional é igualmente capaz de otimizar as necessidades do serviço, no reconhecimento de que o passar dos anos se reflete em uma profunda sabedoria e habilidade em liderar a equipa, lidar com imprevistos e contribuir de forma perspicaz nos processos de tomada de decisão sensíveis, levando em consideração a disponibilidade de recursos diante das demandas identificadas. O mesmo acontece no SUPP, em que é destacado um Chefe de Equipa (CE), que é preferencialmente um EEESIP, mas que tal como no SN, quando tal não é possível permanece um elemento que se diferencia pelo seu percurso. Neste sentido, pude presenciar as minhas tutoras a desempenharem este papel, assumindo a coordenação da equipa de enfermagem, liderando-a, negociando recursos adequados e, mesmo, prestando papel de supervisor clínico, uma vez que o CE no SUPP, compreende a dinâmica de todo o serviço, está atento e auxilia sempre que necessário em todas as valências, zelando pela prestação de cuidados de qualidade e pelo bem-estar dos pares. Na gestão de recursos humanos, tanto uma como outra, na ausência da Enfermeira Gestora, substituíam-na e efetuavam plano de distribuição de doentes. Na Neonatologia, e tendo em conta a complexidade dos cuidados e de forma a manter as dotações seguras, os profissionais eram distribuídos entre UCIN e UCEN. No SUPP a distribuição é efetuada por áreas, com

mobilização dos elementos, sempre que necessário, e substituição dos mesmos para, por exemplo, o momento das refeições, ou quando necessário para transporte de doentes para outros hospitais. Assim, a responsabilidade da gestão recaía sobre o CE, na pessoa da minha Enfermeira orientadora na sua equipa, que, inclusivamente, prestava cuidados em todas as áreas necessárias. Destaco a relevância não apenas na coordenação da equipa, como na gestão de recursos humanos disponíveis. Assim, sempre que era necessário reforço da equipa por falta de elementos pelas mais variadas circunstâncias, eram estes elementos que faziam o contacto com os colegas no sentido de solicitar os turnos e agilizar horário. Na medida do possível colaborei sempre nesta dinâmica de gestão.

Também a gestão de recursos materiais se revela essencial ao funcionamento das equipas, sendo que também os elementos da equipa multidisciplinar (tanto médicos, como assistente operacionais) recorriam a estes elementos para solicitar equipamentos ou reparações necessárias. Tal como as minhas tutoras, garanti e verifiquei o bom funcionamento de equipamentos, reporte à Enfermeira Gestora (ou na ausência da mesma, junto da enfermeira tutora) a reposição de material em falta, geri o ambiente assistencial assegurando medidas de higiene e segurança.

No SN verifiquei sempre a funcionalidade da incubadora de transporte e o material que é perentório que esteja sempre preparado. No SUPP tive oportunidade de auxiliar a minha orientadora sempre que foi necessário solicitar ou repor material, com a particularidade do material da sala de emergência que era verificado apenas quando utilizado uma vez que se encontrava lacrado. Esta verificação é da responsabilidade do CE, nomeadamente, verificação de material e stock, medicação disponível e validades, bem como do funcionamento de equipamentos como desfibrilhador, ambu, monitores, entre outros. Também a gestão das vagas e a alocação de doentes é, essencialmente, da responsabilidade destes enfermeiros. Pude observar e assimilar processos e tomadas de decisão, participando nas mesmas, de forma a garantir o funcionamento do serviço e garantindo os padrões de qualidade e segurança e o bem-estar das crianças/jovens e famílias.

Na UCC, a enfermeira coordenadora é responsável pela gestão, garantindo o bom funcionamento da unidade e o cumprimento dos objetivos estabelecidos, incentivando a participação dos profissionais e a colaboração com outras unidades de saúde. Cabe a esta garantir a qualidade dos serviços prestados, controlando e avaliando o desempenho da

unidade, e promovendo as melhores práticas através do envolvimento da equipa no processo de gestão.

Ainda dentro do domínio da gestão de cuidados, o EE, deve otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A tomada de decisão em enfermagem diz respeito a um processo cognitivo complexo que implica autonomia e responsabilidade, composto por várias etapas sustentadas pelo conhecimento teórico, organizacional e ético do enfermeiro, assim como, pela experiência profissional e características pessoais como flexibilidade, criatividade, inteligência emocional e reflexão crítica. Manifesta-se como forma resolutiva de problemas, através do pensamento crítico e com recurso a processos de pensamento racional, emocional e intuitivo (Lourenço, 2022), com impacto direto nos cuidados que se espera serem os melhores.

Esta tomada de decisão é também afetada pelas atitudes da equipa multidisciplinar, imposições organizacionais e limites colocados pelos utentes (Lourenço, 2022). Neste sentido, e para que as decisões sejam tomadas de forma mais eficaz, a comunicação é determinante. Os enfermeiros devem ser capazes de contextualizar, analisar e processar a informação, reunindo os dados mais relevantes e evitando interferências individuais. Trabalhar em equipa pode tornar o processo de tomada de decisão mais eficaz, pois a informação muitas vezes está dispersa e fragmentada. A comunicação facilita a troca de informações e tem o papel de promover a participação tanto individual quanto coletiva na resolução de problemas, incentivando a motivação e melhorando o trabalho em equipa. É, por isso, pertinente que os enfermeiros se reúnam regularmente para avaliar o ambiente de trabalho e sugerir novas abordagens, caso sintam que as ações e estratégias não estejam a ser eficazes Hayashida et al., 2014 citado por (Lourenço, 2022).

O EEESIP é reconhecido como detentor de conhecimentos e habilidades na sua área, pelo que muitas vezes vi elementos da equipa consultarem a sua opinião ou procurarem para que a sua tomada de decisão em relação aos cuidados fosse validada. Na USF presenciei os enfermeiros generalistas tirarem dúvidas sobre a evolução ponderal de um RN, e no SN sobre cuidados especializados de grande complexidade e a pertinência do início de alimentação por tetina a um RNPT. Era evidente o seu reconhecimento como *expert* na área de saúde infantil e pediátrica para além de colaborar nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar, fornecendo informações relevantes sobre a criança/jovem e família, criando em conjunto com a equipa médica na elaboração do plano de cuidados.

Neste sentido, também participei na comunicação com a equipa multidisciplinar, na discussão de problemas que surgiam da prática e na passagem de informação com base na evidência mais atual. Senti a minha opinião e visão científica levadas em consideração e tidas como válidas. Do mesmo modo, e sempre que necessário, foram reconhecidos os limites das competências de especialista, e foi efetuada referenciação para outros profissionais, como por exemplo solicitado apoio da assistente social numa situação de precaridade económica dos pais de um RNPT.

O ambiente de trabalho em enfermagem é influenciado pela liderança e tomada de decisões dos enfermeiros, que afeta a interação da equipa e a qualidade dos cuidados prestados. A habilidade de liderança é crucial para melhorar os resultados e motivar a equipa, sendo considerada uma competência insubstituível. O líder deve inspirar confiança, respeito e credibilidade, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o sucesso da equipa de enfermagem (Ferracioli et al., 2020 citado por Lourenço, 2022). Uma liderança eficaz envolve uma interação entre o líder e os liderados, onde o líder influencia o comportamento dos outros para alcançar objetivos comuns. Isso acontece quando líderes e liderados conseguem estabelecer relações baseadas em maturidade, afeto, lealdade, respeito, parceria e reciprocidade, levando em consideração a natureza da relação de ambos. Enfermeiros líderes desempenham um papel fundamental no desempenho das equipas e na criação de ambientes de trabalho positivos, através da interação e relacionamento com a equipa e com os utentes (Fernandes, 2021).

Além disso, considerando que não existe um modelo de liderança perfeito, o líder gestor deve possuir habilidades que lhe permitam identificar diferentes estilos de liderança e aplicá-los de acordo com as características individuais da equipa e das diversas situações que possam surgir. Vários estudos mostram que um ambiente de trabalho favorável e uma comunicação eficaz aumentam a satisfação no trabalho e a qualidade dos cuidados prestados, destacando o papel do enfermeiro-líder como facilitador do desempenho da equipa. Neste contexto, o líder deve motivar e inspirar sua equipa para alcançar melhorias e satisfação profissional, uma vez que a liderança na enfermagem influencia positivamente a satisfação no trabalho, ressaltando a importância do desenvolvimento dessa competência nos enfermeiros. Os diferentes estilos de liderança exercidos na equipa de enfermagem têm um impacto direto na qualidade dos cuidados prestados aos utentes, garantindo assim a prestação de cuidados diferenciados e eficazes, resultando numa maior satisfação tanto da equipa de enfermagem quanto dos utentes (Lourenço, 2022). Nesse

sentido, pude observar vários estilos de liderança adaptados circunstâncias e necessidades. Na sala de emergência, onde é necessário tomar decisões de forma rápida e assertiva, o estilo de liderança utilizado era o autocrático, no qual o líder decide quais tarefas devem ser realizadas por cada membro da equipa. Por outro lado, na maioria das situações e contextos, o estilo adotado era o democrático. Este estilo é reconhecido como promotor da qualidade da relação interpessoal, da satisfação da equipa e da comunicação autêntica e cordial entre os seus membros.

É importante ressaltar que a variedade de estilos de liderança está relacionada às diferentes habilidades e características de comunicação dos líderes. Por isso, um líder precisa entender quando utilizar ou evitar um estilo de liderança específico, bem como saber que pode ser necessário adotar diferentes estilos de liderança conforme as circunstâncias. Não há um estilo de liderança perfeito, e a combinação de estilos diferentes pode ser benéfica em determinadas situações (Fernandes, et al., 2021).

O líder deve ser envolvido nos cuidados para compreender as atividades, aperfeiçoar o processo de trabalho e partilhar opiniões e sugestões, imprescindível para garantir a eficiência e a eficácia nas organizações. Para isso, a linguagem que utiliza deve ser clara, comum, assertiva e adequada a cada situação, para que a informação seja compreendida por todos, motivando e cooperando com a equipa. Ao ser assertivo, o enfermeiro é também um profissional bem-sucedido e as suas decisões são tomadas pela análise de situações/ informações recolhidas, o que diminui a probabilidade de escolher soluções ineficazes. Em todos os contextos, com todas as minhas enfermeiras tutoras, tive a felicidade de termos uma comunicação positiva, com enfoque na reflexão do papel do EEESIP relativamente a questões de gestão (Fernandes, et al., 2021).

Em enfermagem a comunicação é basilar; promove a aproximação, tanto do líder com a equipa de trabalho como dos elementos entre si.

Esta comunicação tornou-se particularmente importante tendo em conta o processo de supervisão em que me encontrava e tendo em conta que nelas encontrei as características de supervisão clínica necessárias para a minha construção de conhecimento e competências profissionais, analíticas e reflexivas.

Os gestores em enfermagem têm a responsabilidade de garantir que a instituição de saúde oferece cuidados seguros e eficazes aos utentes, ao mesmo tempo que procuram otimizar os custos, resultando na satisfação dos utentes e suas famílias. Para alcançar estes objetivos, é necessário implementar um modelo de cuidados que esteja alinhado com a

visão e missão da organização, combinando adequadamente o fator humano e os recursos disponíveis. Os gestores em enfermagem desempenham um papel crucial na seleção, criação de condições e implementação de estratégias de organização dos cuidados de enfermagem, contribuindo assim para a prática profissional e o processo de tomada de decisão nas unidades de saúde (Parreira, 2023).

O método de trabalho de Enfermagem é essencial na prestação de cuidados e pode variar de acordo com o contexto de trabalho e a natureza dos cuidados. É importante entender a gestão dos cuidados e a perspetiva conceptual da enfermagem na instituição, como uma forma de orientar o pensamento e a ação em enfermagem (Parreira, 2023). Segundo Parreira (2005) citado por Parreira (2023), existem quatro métodos dominantes na literatura de organização da prestação de cuidados de enfermagem. Organizam-se em dois grandes grupos: o método centrado na tarefa, do qual faz parte o método funcional; e os métodos centrados no utente, do qual fazem parte o método individual, método de equipa e método de enfermeiro de referência.

O método funcional ou à tarefa, concentra-se na execução de tarefas e procedimentos, com foco na distribuição do trabalho com base nas atividades realizadas, em vez de se centrar no utente. Ou seja, o paciente é dividido em tarefas realizadas por vários profissionais, numa abordagem mecanicista (Parreira, 2023).

O método de trabalho individual, envolve um enfermeiro que é responsável por todos os cuidados prestados a um grupo de pacientes durante um turno sendo que estes cuidados são com base nas necessidades identificadas pelo enfermeiro, pelo que depende da visão que este tem. Ainda que os cuidados não sejam divididos, a sua coordenação não prevalece entre turnos, podendo ocorrer alterações no plano de cuidados de enfermagem estabelecido (Parreira, 2023).

O método de trabalho em equipa foi desenvolvido para aproveitar as habilidades e conhecimentos diversos dos membros da equipa. Baseia-se numa filosofia de liderança de um grupo de pessoas liderada por um líder. Enfatiza a importância de todos os membros da equipa estarem cientes das necessidades e problemas do utente, contribuindo de forma única para o seu conforto e saúde (Parreira, 2023).

O método do enfermeiro de referência consiste em designar um enfermeiro que assuma a responsabilidade pela organização, prestação e avaliação dos cuidados de saúde de um ou mais utentes, desde a sua admissão até à sua alta. Para assegurar a continuidade dos

cuidados, cada enfermeiro de referência é apoiado por enfermeiros associados. A delegação de cuidados para os enfermeiros associados ocorre quando o enfermeiro de referência não está presente. Assim, os enfermeiros podem atuar simultaneamente como enfermeiros de referência para alguns pacientes e enfermeiros associados para outros (Parreira, 2023). É este método de trabalho que a OE, no âmbito da área de especialidade e segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, dá indicação que deve ser privilegiado por considerar *“imprescindível para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que contemple e promova a satisfação da criança/jovem, permitindo simultaneamente a implementação de sistemas para a monitorização do custo/benefício efetivo e gestão da segurança.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 16662).

O método de trabalho escolhido é antes de mais uma adequação às necessidades, já que o que os distingue, são o modo como os próprios cuidados são conceptualizados, mais do que as atividades desenvolvidas (Parreira, 2023).

No SN pude constatar a utilização do método de trabalho individual, ou seja, um enfermeiro assume total responsabilidade pelo grupo de doentes que tem no seu turno. Foi com base neste método que trabalhei, prestando cuidados de forma individualizada, tendo como foco o RN e a sua família com as suas particularidades e necessidades e promovendo a autonomia dos mesmos através do estabelecimento de uma relação de confiança.

No SUPP o método de trabalho utilizado, e com o qual trabalhei, foi o método de trabalho funcional. Tal como referi anteriormente, cada enfermeiro encontra-se escalado para uma área específica e, portanto, com as tarefas definidas nesse local. Por exemplo o enfermeiro que se encontra na triagem, faz a triagem. A utilização deste método deve-se à necessidade de resposta rápida e eficaz às necessidades de cuidados, pelo aproveitamento de recursos humanos e economia de tempo. Apesar deste método de trabalho preconizar na sua essência falta de comunicação entre a equipa multidisciplinar e a desumanização dos cuidados, pude constatar que a equipa do SUPP comunicava de forma efetiva e eficaz tendo como enfoque a qualidade assistencial e a personalização dos cuidados. Procurei marcar pela diferença nesse sentido, uma vez que acredito que é neste âmbito que o EEESIP se destaca.

Na UCC, a enfermeira coordenadora é responsável pela gestão, garantindo o bom funcionamento da unidade e o cumprimento dos objetivos estabelecidos, incentivando a participação dos profissionais e a colaboração com outras unidades de saúde. Garante a qualidade dos serviços prestados, controlando e avaliando o desempenho da unidade, e promover as melhores práticas através do envolvimento da equipe no processo de gestão. Cada enfermeiro assume o papel de enfermeiro de referência, sendo responsável pela prestação de cuidados a uma determinada comunidade, o que permite um conhecimento mais profundo das necessidades e a decisão do planejamento de cuidados com base nos resultados desejados. A autonomia na gestão dos cuidados é orientada pela responsabilidade de alcançar os objetivos estabelecidos pela unidade, especialmente nos programas de saúde infantil. Pode participar na gestão da Saúde Escolar particularmente no planejamento de AES, e também da gestão de recursos materiais essenciais para a sua realização, sendo exemplo a formação de Suporte Básico de Vida que pode colaborar e para a qual são necessários modelos anatômicos; ou a AES: “*Visões de Empoderamento Digital*” por mim planejada que necessitou de computador e projetor.

O EF é o profissional de enfermagem que faz parte de uma equipa multiprofissional de saúde e tem a responsabilidade de fornecer cuidados de enfermagem abrangentes às famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade. Isso encaixa-se nos princípios do método do enfermeiro de referência. Na USF em específico, cada EF tem as famílias de uma determinada área geográfica, assumindo os cuidados das mesmas ao longo do tempo, com plena autonomia na tomada de decisão, podendo integrar os cuidados com uma visão global e tendo em conta a dinâmica das famílias, dos seus contextos, a identificação precoce de problemas ou dúvidas, o acompanhando as mesmas ao longo de todos os processos de vida e nas suas transições, auxiliando a que sejam feitas de forma saudável. Esta autonomia e acompanhamento conduz a uma prestação de cuidados contínua com reconhecimento e satisfação das famílias em relação aos cuidados. Pode compreender e participar na dinâmica assistencial, de planejamento e execução de cuidados. Antes das CESIJ a minha orientadora colocava-me ao corrente do contexto familiar da criança de modo a prestar cuidados com as estratégias necessárias tendo em conta as características holísticas da mesma. Pode refletir e participar no processo de transposição de todos os focos identificados para o processo de enfermagem. A minha enfermeira tutora, apesar de EEESIP, presta cuidados como enfermeira de família.

Considerando a importância da melhoria da qualidade e do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, a Supervisão Clínica (SC) é vista como uma estratégia facilitadora da mudança de comportamentos e práticas de cuidados de saúde adequadas ao contexto, visando o apoio das equipas na aquisição de competências. A SC tem sido destacada como uma forma de apoiar as organizações de saúde, programas de formação, desempenho das equipas, crescimento e aperfeiçoamento pessoal e profissional, sendo caracterizada por diversas abordagens e estruturas. A OE considera a SC *“um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 16657). Este processo deve assentar numa relação supervisiva atendendo aos objetivos definidos em conjunto e respeitando o ritmo do supervisionado. Neste sentido, a adaptação e desenvolvimento profissional revelar-se-ão adequados de forma que a prestação de cuidados seja de qualidade.

Ao supervisor, é reconhecido o pensamento sistematizado e conhecimento sólido no campo da disciplina e da profissão de enfermagem, assim como na SC, demonstrando competência efetiva e comprovada no exercício profissional nesta área (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Destaco o papel das minhas orientadoras no que à integração de novos profissionais e orientação de estudantes diz respeito. Pude observar *in loco* e compreender a SC na ótica do processo de integração de um novo elemento na equipa e de como o EEESIP facilitou a sua integração promovendo a sua integração através da partilha e da reflexão, da ajuda e orientação, nunca se esquecendo de promover a autonomia e a autoconfiança do novo elemento.

Durante o meu estágio e enquanto supervisionada, integrei o processo de SC que me possibilitou o reconhecimento e identificação destes atributos no EEESIP para o meu desenvolvimento profissional na área da saúde infantil e pediátrica. O aperfeiçoamento de um novo conjunto de competências não apenas facilitou a minha transição para novas responsabilidades, mas também me empoderou para atuar de maneira autónoma nesta especialidade.

Nos diferentes contextos assistenciais, a gestão de cuidados foi demonstrada com recurso a diferentes estratégias, mas com o objetivo último de garantir a segurança e qualidade dos cuidados. Pude reparar e analisar capacidade de liderança, estilos de liderança, de tomada de decisão e capacidade de comunicação que procurei integrar e reter neste processo de construção de competências de Mestre e EEESIP.

4.3 DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

A Investigação em Enfermagem constitui um domínio de atuação de extrema importância tendo em conta o contexto atual. O desenvolvimento, aperfeiçoamento e a consolidação de conhecimento na disciplina advêm da investigação em enfermagem uma vez que constitui um processo sistemático, científico e rigoroso. Esse conhecimento é utilizado para melhorar a qualidade dos cuidados, desenvolver uma Prática Baseada na Evidência (PBE) científica existente e otimizar os resultados em saúde uma vez que, não só gera novos conhecimentos, como permite a avaliação das práticas existentes. Desta forma, tem impacto em todos os domínios de atuação dos enfermeiros: prestação de cuidados, gestão, formação e educação, política e regulação.

A investigação em enfermagem é fundamental para a excelência de Enfermagem enquanto disciplina e profissão. O Enfermeiro Manuel Lopes, atreve-se mesmo a classificar a enfermagem como disciplina-profissão, onde a investigação assume o papel de elo fundamental entre ambas, possibilitando uma harmoniosa conexão (Néné & Sequeira, 2022).

É da competência do EE alicerçar a sua PBE científica através da investigação, assumindo um papel impulsionador de novo conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Num contexto tão particular e vasto como o da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, é imprescindível adquirir habilidades de pesquisa de modo a enriquecer o conhecimento nesse campo e assegurar a excelência no cuidado prestado à criança/jovem e suas famílias.

Competências desenvolvidas:

- *Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da área de especialização, assim como outras evidências;*

- *Compreender as implicações da investigação na PBE;*
- *Participar e promover a investigação em serviço na área de especialização;*
- *Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.*

Objetivo:

- Promover uma prática de cuidados baseada na evidência científica mais atual, incorporando os resultados da investigação nos cuidados prestados e na reflexão sobre os mesmos.

Reflexão

A investigação científica é fundamental para o avanço do conhecimento em qualquer disciplina. A partilha desse conhecimento e os resultados das investigações são essenciais para o seu significado e utilidade, sendo importante que sejam divulgados e discutidos, pois o desígnio da pesquisa não alcança a conclusão senão após a comunicação dos resultados sob todas as formas possíveis, favorecendo as formas sujeitas a rigorosa análise pelos pares, pois é imprescindível para conferir legitimidade aos resultados alcançados (Martins, 2008) (Néné & Sequeira, 2022). Por outro lado, a investigação científica acarreta a grande responsabilidade ética de garantir o respeito da pessoa como pessoa e obedecer a um conjunto de valores e princípios que permitam selecionar o melhor para o investigado em todas as etapas do processo de investigação (Martins, 2008).

Tal como refere Meleis (1991) a investigação, a filosofia, a teoria, a estudiosidade, o senso comum, a prática são formas sob as quais o conhecimento surge. A produção científica incorpora e interliga todas estas formas de conhecimento (Meleis, 1991).

Meleis A. (1987) defende que na disciplina de Enfermagem, tal como na investigação, há contrastes, dualidades e paradoxos. Propõe que se pense no conhecimento a produzir antes do método a utilizar. O foco deve ser a essência do conhecimento e reflexão sobre falhas de conhecimento num determinado paradigma científico, e a partir daí, contribuir para o desenvolvimento das metodologias de investigação em enfermagem, de forma a melhorar a saúde da população.

Na área da enfermagem, a investigação reveste-se de extrema importância para a obtenção da melhor e mais sólida evidência científica sendo imprescindível por orientar as tomadas de decisão. Este processo revela-se essencial na identificação das necessidades das pessoas e na prescrição adequada das intervenções de enfermagem. É nesta mesma perspectiva que a enfermagem assume o seu papel enquanto disciplina, uma vez que para que evolua nesse sentido, deve produzir e renovar continuamente o seu corpo de conhecimento (Néné & Sequeira, 2022).

A Investigação em Enfermagem é um processo científico, sistemático e rigoroso que tem como objetivo aumentar o conhecimento na área, respondendo a questões ou resolvendo problemas para beneficiar os utentes, as famílias e as comunidades. Desenvolve-se em torno dos seus conceitos centrais: pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem; e abrange todos os aspetos da saúde relevantes para a enfermagem, incluindo a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado ao longo da vida da pessoa, durante situações de saúde e processos de vida, e, também, visando uma morte digna e serena (Ordem dos Enfermeiros, 2006). A melhoria destes cuidados e a otimização da saúde só é possível utilizando o conhecimento que advém da investigação de forma a desenvolver uma PBE, ou seja, a integração da melhor evidência científica disponível, aliada com a experiência, opinião de peritos, tendo em conta os recursos disponíveis e as preferências dos utentes.

A OE no seu documento orientador sobre as competências específicas do EE, propõe que este deve apoiar *“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”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749). O EE detém um vasto e profundo conhecimento, essencial para assegurar uma prática profissional segura e competente. Este conhecimento não surge apenas da experiência ou intuição, mas sim da investigação e análise contínua dos dados disponíveis. É através da investigação que se obtêm bases sólidas e fiáveis, capazes de orientar as decisões do enfermeiro no contexto clínico.

A tomada de decisão em enfermagem deve ser fundamentada na constante reflexão sobre os cuidados prestados, incentivando assim a busca contínua por soluções. Este propósito promove a tomada de decisão apoiada em evidências. Há, no entanto, obstáculos que dificultam a aplicação da PBE. Moreno-Monsivais (2019) alude que a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo para estudo, as lacunas de conhecimento e habilidade na pesquisa, análise e síntese de evidências científicas para aplicação na prática clínica são

algumas dessas barreiras. A autora também destaca a escassez de recursos nas instituições de saúde, dificultando o acesso a bases de dados (Moreno-Monsiváis, 2019).

A PBE é o resultado desta abordagem consciente e fundamentada, que leva em consideração não só as evidências disponíveis, mas também o *know-how* do profissional e as preferências e valores do utente, no contexto dos recursos disponíveis. Tudo isto, enquadrado no contexto específico do cuidado, garantindo assim uma abordagem holística e personalizada para cada situação (Martins, 2008) (Néné & Sequeira, 2022). Estes elementos são inseparáveis e indispensáveis para que o enfermeiro possa, efetivamente, implementar o que é conhecido como PBE (Ordem dos Enfermeiros, 2006). No que diz respeito à melhor evidência científica, é importante considerar todos os estudos de alta qualidade. As preferências do utente implicam reconhecer a sua singularidade, respeitando suas crenças, opiniões e valores. O *know-how* do profissional combina suas experiências e habilidades adquiridas para realizar determinadas intervenções. Portanto, o processo de tomada de decisão baseado em evidências deve resultar em uma decisão partilhada entre os intervenientes. Nenhum destes elementos é mais importante do que o outro, pelo que acredito ser o equilíbrio entre estes fundamentos da PBE, que contribui para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Objetivos:

- Comunicar resultados da investigação científica realizada ao longo do estágio;
- Desenvolver competências no âmbito da investigação.

Reflexão

Atendendo à relevância e ser a forma possível de garantir uma contínua melhoria dos cuidados prestados, procurei, ao longo do estágio, refletir sobre a PBE e, através da pesquisa da melhor evidência científica, apoiei os meus processos de tomada de decisão e as intervenções que prestei, tendo como base conhecimento pertinente, válido e atual (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Nesta busca pelo conhecimento, efetuei pesquisa bibliográfica de relevo, valendo-me de diversas plataformas e bases de dados como *EBSCO*, *PubMed*, *MedLine*, *SCOPUS*, entre outros, para além de ler publicações em revistas na área da saúde, livros, documentos e orientações emitidos pela OE e pela

Direção-Geral da Saúde, assim como consultei os conteúdos lecionados na componente teórica deste curso, teses de mestrado e doutoramento.

Considero ser imprescindível ressaltar que inúmeros desafios enfrentados decorrem diretamente da experiência quotidiana, das reflexões e questões que dela advêm, das demandas identificadas enquanto os enfermeiros exercem suas atividades profissionais. Em todos os contextos, considerando a variedade e particularidades dos cuidados prestados, emergiram diversas inquietações e lacunas de pesquisa e, com isso, a necessidade de atualização de conhecimentos no âmbito da saúde infantil e pediátrica, que me permitiram refletir criticamente sobre elas. Nos contextos do SN e SUPP, estas pesquisas foram mais direcionadas para a prestação de cuidados, nomeadamente, cuidados ao RNPT, cuidados centrados no neuro desenvolvimento, parentalidade, *PaedCTAS*, parceria de cuidados, estratégias de comunicação, gestão da dor. Enquanto nos contextos da USF e UCC, a pesquisa foi direcionada para a promoção da saúde e prevenção da doença, como vacinação, vigilância da saúde, Saúde Escolar.

Estas investigações perderiam o seu propósito se não fossem aplicadas na prática, todavia, também perderiam relevância se não fossem partilhadas e debatidas. Neste sentido, sempre que se revelou oportuno, divulguei e partilhei junto dos pares a evidência científica mais atual. De forma individual e conjunta, refleti sobre a importância da PBE para o desenvolvimento e reconhecimento da Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, no sentido em que o EEESIP se torna de alguma forma *expertise* e elemento de referência e deve desenvolver a sua atividade no sentido de ser a quem a restante equipa pode recorrer aquando de alguma dúvida, particularidade nos cuidados ou tomada de decisão sensível.

Tendo em conta que também é incumbência do EE identificar lacunas no saber e possibilidades significativas de pesquisa, durante o estágio, mas também no meu percurso profissional, uma vez que me é impossível dissociar os dois, tendo em conta que trabalho na área da pediatria, surgiu uma preocupação relacionada com a exposição excessiva a ecrãs pelas crianças. Nos diferentes contextos, e nas mais variadíssimas situações, tive oportunidade de observar crianças de todas as faixas etárias expostas a dispositivos eletrónicos de ecrã. Esta situação inquietou-me e, como não me sentia munida de conhecimento para intervir junto dos pais e crianças/jovens, senti necessidade de estudar mais sobre o tema visto ser uma problemática atual e controversa, principalmente no que concerne aos pais. Pude constatar que os colegas também apresentavam conhecimento

pouco fundamentado sobre o assunto. Ora, como os EEESIP, devem ser detentores de conhecimentos e habilidades que permita responder às necessidades da criança e família, proporcionando educação para a saúde e promovendo o mais elevado estado de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2018) efetuei uma Revisão Integrativa da Literatura com o objetivo de identificar os malefícios da exposição a ecrãs em crianças em idade pré-escolar. Tendo em conta a era digital em que nos encontramos, tornou-se perentória esta pesquisa sistematizada, entendendo que se trata de uma abordagem de pesquisa que possibilita a síntese do conhecimento e a aplicação dos resultados de estudos relevantes na prática, sendo uma ferramenta importante para a PBE (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

A partir da prática clínica e durante o percurso de formação avançada nesta área emergiu, então, a questão de investigação: *Quais os efeitos negativos do tempo de ecrã em crianças em idade pré-escolar?*

Após os processos de pesquisa, o meu *corpus* de análise foi constituído por 6 artigos onde foi possível constatar que a exposição a ecrãs em crianças em idade pré-escolar tem efeitos negativos comprovados. Existem vários fatores de risco e variáveis consideradas nos estudos, sendo a generalidade dos artigos concordantes entre si. Escolhi este grupo etário dos pré-escolares por serem particularmente sensíveis à aquisição de hábitos, por ser mais fácil estabelecer rotinas de saúde em crianças mais novas e porque a utilização de ecrãs tende a aumentar ao longo do tempo.

Senti que para investigar, para além da atitude destemida perante a incerteza do conhecimento, também é necessário entusiasmo, confiança e muito empenho e este tema pelo seu carácter atual, permitiu-me identificar possíveis pontos de melhoria nos estudos que podem ser colmatados no futuro e que me levam a refletir sobre a importância da abordagem deste tema e a possibilidade de, no futuro, virem a ser desenvolvidos programas de intervenção no sentido da reeducação e redução da exposição excessiva a dispositivos eletrónicos.

Todo este processo de investigação, foi sistematizado num artigo científico, que se encontra no Apêndice II e que representa o culminar de aquisição de competências. Adquiri competências no âmbito da investigação, nomeadamente, no desenvolvimento de uma questão de investigação precisa e objetiva, na pesquisa em diversas bases de dados, e na análise e processamento dos dados. Da mesma forma, permitiu-me apresentar os

resultados, analisá-los e refletir sobre os mesmos com os pares, no sentido de elevar a qualidade dos cuidados. Espero, em breve, poder publicar os resultados da minha pesquisa e levantar questões que possam fomentar estudos futuros.

Uma vez que a investigação é basilar numa disciplina e que, tal como já referi, só faz sentido havendo partilha, respondi ao desafio e participei como oradora no VII Fórum das Especialidades em Enfermagem organizado pela Universidade Católica Portuguesa (UCP) e, desta forma, desenvolvi competências no sentido de comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação a audiências especializadas (Apêndice III).

São cada vez mais os desafios que são colocados aos enfermeiros, desde a prática, ao ensino, até à investigação. Evidencio a necessidade de refletir sobre o caminho a percorrer, pois não só da vontade vive o Homem, e o enfermeiro por mais desejo que tenha em produzir conhecimento, colocam-se, uma vez mais, problemas relacionados com a conciliação dos horários, a questão financeira e, sobretudo, de reconhecimento. É, portanto, urgente que entidades governamentais, OE e chefias reflitam e encontrem estratégias potenciadoras da investigação, pois é desta troca de contributos entre a profissão e a disciplina de enfermagem que o desenvolvimento no caminho para a excelência se dá.

Posto isto, congratulo-me por ter atingido as competências preconizadas para este domínio. Incorporei na minha prática os resultados da investigação válidos e relevantes na minha área de especialização. Compreendo as implicações da investigação na PBE e participei ativamente na promoção da investigação em serviço. Comuniquei informação complexa, tanto a audiências especializadas como ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que nos deparamos. Assim, sinto que estou no caminho certo para contribuir para o desenvolvimento da enfermagem e para a melhoria da saúde da população. É com determinação e empenho que continuarei a investir na minha formação e na minha prática, sempre com o objetivo de alcançar a excelência na minha profissão.

4.4 DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

As transformações na área da saúde, impulsionadas pelo progresso científico e tecnológico, juntamente com as mudanças culturais e sociais que tornam os cuidados cada

vez mais complexos, representam desafios significativos para os enfermeiros. De forma a enfrentar esses desafios, e para que se mantenham a par do progresso, é essencial que os enfermeiros invistam na formação contínua e no aprimoramento constante dos seus conhecimentos, visando melhorar a prática profissional e fornecer cuidados seguros e de qualidade, fundamentados em evidência científica.

Nos últimos anos, a enfermagem tem expandido sua base de conhecimento, consolidando-se cada vez mais como uma disciplina científica.

É um dever e responsabilidade profissional do enfermeiro manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e a formação permanente. Para além destas, as competências do EE envolvem diagnosticar necessidades formativas e gerir programas formativos aos pares como facilitador de aprendizagem atuando como formador, favorecendo o conhecimento e desenvolvimento e avaliando o impacto da formação.

Competências desenvolvidas:

- *Manter, de forma contínua e autónoma, o seu processo de desenvolvimento pessoal e profissional;*
- *Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;*
- *Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas como ao público em geral, considerando diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.*

Objetivos:

- Promover o autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Desenvolver competências de reflexão crítica sobre a prática especializada de enfermagem.

Reflexão

A sociedade está em constante evolução e isso reflete-se na área da saúde que precisa adaptar-se às mudanças tecnológicas e científicas para, continuamente, melhorar a formação dos profissionais de saúde.

A enfermagem tem marcado uma posição de destaque uma vez que é uma área de intervenção sujeita a evolução científica e tecnológica constante mostrando-se à altura desta evolução dado contribuir de forma ativa para a mesma. Por este motivo, o investimento na aprendizagem ao longo da vida é perentório (Rodrigues, Vieira, Charepe, & Capelas, 2012). Tendo em conta essas mudanças, as responsabilidades dos enfermeiros mudaram significativamente ao longo dos anos. Há, por isso, uma crescente preocupação em relação ao progresso e à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, tanto por parte dos profissionais quanto da OE (Varandas & Lopes, 2012).

No artigo 100º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), é mencionado que o enfermeiro deve assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos através da participação em ações de qualificação profissional. Além disso, no artigo 109º, é reforçado o dever de manter a atualização contínua dos conhecimentos, incluindo a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas para garantir a excelência no exercício profissional (Diário da República, 1996). No Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais é destacada a importância do desenvolvimento de processos de formação contínua, a adoção de uma atitude reflexiva sobre as práticas e a procura por manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados através do contínuo aperfeiçoamento das práticas (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Foi tendo como base estes princípios, que me propus a efetuar este caminho de promoção contínua de autodesenvolvimento profissional e pessoal que visa, em última instância, o potencial máximo de cuidados.

Durante a componente teórica do curso, pude mobilizar conhecimentos adquiridos para a minha prática profissional diária, tendo em conta que trabalho num serviço de Pediatria com a particularidade de tanto trabalhar no SUP, como no SIMC, como na CEP. Durante essa fase, adotei uma atitude reflexiva e pude efetuar o exercício completo de compreensão e integração plena na prática e sobre a prática, aperfeiçoando competências. É indiscutível que sou afortunada por desde o começo ter podido iniciar a aplicação da teoria na prática porque, na verdade, muitas das questões (como por exemplo a utilização de diferentes métodos de comunicação conforme a faixa etária ou a utilização de medidas não farmacológicas no alívio da dor) faziam já parte do meu quotidiano de cuidados, mas que com a solidificação da teoria, atingiram uma dimensão mais consciente e consistente. Acredito que tenho colhido muitos frutos de conhecimento sustentado tendo em conta que a maturidade e experiência profissional/pessoal são fatores facilitadores para este percurso formativo. Atrevo-me a afirmar, que este processo crítico-reflexivo da minha

prática fez com existisse uma enfermeira antes deste curso e outra enfermeira agora. Já não sou capaz de julgar a criança/jovem/família, pois aprendi a valorizar a paixão onde quer que a encontre (Brazelton & Sparrow, 2003).

A componente prática deste curso revelou-se um momento especial e crucial na minha jornada de formação rumo à aquisição de competências especializadas. Foi por meio de todas as oportunidades de aprendizagem, troca de experiências e interação com crianças/jovens, famílias e profissionais durante o estágio, que consegui estabelecer uma ponte entre a teoria e a prática. Desta forma, pude utilizar os conhecimentos adquiridos na parte teórica do mestrado, juntamente com minha experiência pessoal e profissional, para desenvolver as competências necessárias em diversos domínios, a fim de atender às necessidades da criança/jovem e família de forma segura e qualificada.

Ao longo do percurso de formação no mestrado, adotei uma postura crítica e reflexiva em relação às práticas, procurando constantemente lacunas no conhecimento e identificar oportunidades de melhoria. Além de aplicar os conhecimentos adquiridos na parte teórica do curso, aproveitei minha experiência profissional e formações anteriores para colmatar essas necessidades, bem como, por meio de pesquisa da evidência científica mais atual e pela participação em formações pertinentes. Tive oportunidade de participar em inúmeros cursos, conferências, workshops e formações, de algumas das múltiplas e diversificadas temáticas que envolvem as crianças/jovens e as suas famílias, com o objetivo de ampliar e aprofundar meus conhecimentos, para abordar as necessidades identificadas no contexto da prática clínica e aqueles especialmente relevantes para os contextos clínicos em que realizaria estágios e de modo a dar respostas às minhas inquietações enquanto enfermeira, que se encontram discriminados no Apêndice IV. Realço a oportunidade de estar presente no *VI Fórum das Especialidades: Especialidades de Enfermagem em resposta aos ODS* e da participação no *VII Fórum das Especialidades de Enfermagem: Vulnerabilidade(s) no olhar dos Enfermeiros Especialistas* assistindo ao evento, bem como, com uma comunicação oral subordinada ao tema *Exposição a ecrãs em crianças em idade pré-escolar*, que já tive oportunidade de contextualizar e refletir quando apresentei o domínio da investigação.

Por outro lado, considero essencial refletir sobre a exigência de conciliar cursos, sejam de pós-graduação, mestrado ou doutoramento, com a atividade profissional. É neste âmbito que a responsabilidade das chefias é crucial, tanto como fator motivador, como mobilizador através de formações em serviço, e como facilitador (através de horários que permitam os cursos) da procura de formação contínua. Para ser capaz de cuidar, o

enfermeiro necessita estar bem e cuidar de si próprio pelo que a sua saúde deve ser salvaguardada, assim como a dos utentes de quem cuida.

Considero igualmente importante, promover a reflexão das chefias relativamente ao reconhecimento que estes enfermeiros merecem sentir, uma vez que abdicam de momentos de descanso, lazer e tempo de qualidade com as suas famílias e amigos em prol do seu desenvolvimento, da melhoria dos cuidados e do avanço da enfermagem.

Ressalvo mais uma reflexão que diz respeito à responsabilidade que a formação avançada implica. Mais conhecimento acarreta maior exigência, responsabilidades acrescidas tanto em relação a ser um modelo de referência para os pares nos cuidados, como pela consciência e autocritica de sentir que se deve marcar pela diferença e o comprometimento de prestar cuidados exímios às crianças/jovens com foco na família.

Competências desenvolvidas

- *Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;*
- *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos elementos da equipa de enfermagem;*
- *Identificar as necessidades formativas na sua área de especialização;*
- *Promover a formação em serviço na área da especialização.*

Objetivos:

- Compreender a importância do papel do EEESIP na formação em enfermagem;
- Desenvolver competências no âmbito da formação de pares.

Reflexão

No ambiente profissional contemporâneo torna-se imprescindível abandonar a postura individualista em detrimento da promoção da partilha, do debate de ideias e da reflexão coletiva, contribuindo para o crescimento profissional. As passagens de turno, as reuniões e a formação no local de trabalho revelam-se oportunidades valiosas para a aprendizagem, pois incentivam a discussão construtiva e a partilha de conhecimentos e experiências (Pinheiro, Macedo, & Costa, 2014).

No percurso pelos contextos de estágio, procurei manter o espírito reflexivo e crítico. Relembro os momentos de diálogo, reflexão e partilha com as enfermeiras tutoras e

restante equipa, passagens de turnos, ou debate de problemáticas que surgiam da prática e que eram discutidos de forma informal em equipa e com a Enfermeira Gestora. Da mesma forma, as orientações tutoriais, os seminários e os momentos de avaliação contribuíram para a minha reflexão e para o meu desenvolvimento. Considero que o diálogo é uma importante ferramenta de progresso; neste sentido, e uma vez que dialogar é intrínseco em mim, acredito e defendo que a troca de experiências e saberes deva ser transversal à enfermagem para que esta caminhe no sentido evolutivo.

Na UCIN evidencio discussão de temas como modelo de cuidados NIDCAP, ventilação e o papel do EEESIP na dinâmica assistencial em Neonatologia. Ainda neste contexto, tive a oportunidade de assistir a formações em serviço sobre ventiladores e incubadoras, tendo valorizado ainda mais a minha experiência nesse contexto.

No SUPP, efetuei uma observação reflexiva e comparativa entre as práticas do meu quotidiano e as que ia vendo e vivenciando. Destaco, uma vez mais, o PaedCTAS que, tal como já referi, me parece muito mais indicado para a população pediátrica do que a triagem utilizada na minha prática.

Na UCC, o diálogo era motivado pelas reuniões semanais em que todos os elementos da equipa partilhavam os desafios com que diariamente se deparavam e os problemas que daí advinham. Pude compreender as lacunas de conhecimento dos colegas e de que forma podia contribuir para o progresso formativo de todos, atendendo a que os enfermeiros da UCC são das mais variadíssimas especialidades e praticamente todos lidam com crianças/jovens. Desta forma, surge da prática, após conversas de *brainstorming* com a minha enfermeira tutora e com a enfermeira responsável pela formação na UCC, após consultar os planos de formação e tendo em conta que não era um assunto abordado nas CESIJ, a temática da exposição a ecrãs. Tendo em consideração que a exposição excessiva a ecrãs pode influenciar o desenvolvimento, e tendo em conta que fazia parte do plano formativo da UCC uma formação relativa ao desenvolvimento infantil, aliamos as duas dinâmicas e a EEESIP responsável por efetuar essa formação, fê-la e, de seguida, pude eu também proceder à minha apresentação.

A formação em serviço é uma estratégia de atualização realizada no local de trabalho, envolvendo todos os profissionais e que deve ser adaptada às necessidades dos mesmos, aos objetivos da equipa e da instituição. Visa promover a mudança de comportamentos e atitudes, incentivando a reflexão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados

prestados. É essencial que a formação promova a investigação e PBE, avaliando o impacto nos cuidados de saúde prestados (Ferreira, 2015).

O formador é visto como alguém que facilita e estimula o processo de aprendizagem, não se limitando a transmitir conhecimentos, mas sim incentivando os formandos a refletir e construir seu próprio saber. Além disso, é ressaltada a importância de o formador possuir competências técnicas, pedagógicas, relacionais e sociais, principalmente em um contexto de mudança. O EE, por ter essas competências, é geralmente responsável pela formação em serviço, identificando necessidades, atuando como formador e facilitando a aprendizagem na equipa de enfermagem (Ferreira, 2015), facto que pude constatar em todos os locais.

Neste sentido, pude planear, concretizar e avaliar uma formação de pares que intitulei de *Capacitação de Enfermeiros: Construindo Pontes Digitais na Saúde Infantil e Juvenil*, cujo material de apoio que engloba o planeamento, a realização e avaliação da ação de formação pode ser consultado no Apêndice V.

Considerei interessante e atrativo conceder um título a esta formação, tornando-a personalizada e, de certa forma, marcante, conferindo-lhe individualidade e identidade. Para esse mesmo efeito elaborei um poster para divulgação e como forma de convite que se encontra no Apêndice V.

As crianças estão cada vez mais expostas a dispositivos eletrónicos desde cedo, utilizando-os diariamente e dedicando cada vez mais tempo aos ecrãs. Esta realidade representa um desafio para os enfermeiros que cuidam das crianças, que precisam de adquirir conhecimentos atualizados para sustentar as suas práticas de cuidado. Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros que atuam junto às crianças, desempenham um papel fundamental como mediadores na promoção da literacia digital e na participação das famílias nesse processo. Para exercerem eficazmente a função de suporte no uso das tecnologias digitais como ferramentas de crescimento e desenvolvimento, torna-se imprescindível que estes profissionais recebam formação especializada e sejam sensibilizados para a relevância desta abordagem (Rocha & Nunes, 2021). Considerei crucial fornecer aos colegas informação sobre a evidência científica mais atual de forma a dotá-los de conhecimento, tendo em conta que são um importante interlocutor desta mensagem com as AES nas escolas e nas CESIJ. Na formação, mostrei os benefícios da utilização de ecrãs, mas sobretudo, os malefícios - que se sobrepõem aos

benefícios. Dei a conhecer as recomendações do tempo de exposição a ecrãs para cada idade pelas entidades e organizações credíveis, apresentei que a *Royal College of Paediatrics and Child Health* identificou quatro questões simples que podem ser incluídas na história clínica e fornecer informações valiosas sobre o comportamento da família em relação à utilização de ecrãs, as recomendações para os pais com orientações específicas a serem compartilhadas com os pais durante a CESIJ, que ressalta a importância da elaboração de um plano familiar em parceria com a família e o profissional de saúde (Parente, et al., 2020) (Rafael, et al., 2020) (American Academy of Pediatrics, 2024). Tornando-se detentores de informação, os enfermeiros sentir-se-ão aptos a abordar a temática e a capacitar pais e crianças/jovens a tomar decisões informadas e conscientes acerca dos seus hábitos, hábitos esses que estão intimamente relacionados com a sua saúde.

Desenvolvi a minha AF de pares direcionada para os enfermeiros da UCC, mas também, com enfoque nos enfermeiros da USF que, infelizmente, não aderiram ao convite. Por sua vez, todos os enfermeiros da UCC estiveram presentes, demonstrando grande receptividade e entusiasmo em colocar em prática o conhecimento adquirido.

A realização desta AF permitiu-me uma preciosa oportunidade de aprofundar o meu conhecimento sobre a exposição a ecrãs, enquanto desenvolvi competências na elaboração de AF. Para além disso, pude aperfeiçoar aspetos relacionados com a comunicação e a apresentação formal de conteúdos a audiências especializadas. Enquanto futura EE, estas competências demonstram-se fundamentais, uma vez que serei solicitada a efetuá-las e considerando que o conhecimento em enfermagem tem um carácter evolutivo que carece de atualização.

5. CONCLUSÃO

A premente necessidade de aumento do conhecimento específico impulsionado pela procura de uma prestação de cuidados de excelência à criança/jovem e família, é evidenciada pela procura de formação especializada, o que permitiu uma evolução notável do corpo de conhecimento da disciplina de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Refletir sobre a abrangente e desafiante temática dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família implica a consciência da impossibilidade de aqui abordar a totalidade dos seus aspetos ainda que relevantes.

Com efeito, a investigação desenvolvida na área da enfermagem pediátrica, enriquecida pelo conhecimento proveniente de diversas disciplinas, contribui significativamente para a fundamentação científica dos cuidados prestados a crianças. Esta base científica sustenta as práticas de enfermagem e promove a qualidade e eficácia dos cuidados de saúde pediátricos.

Neste momento crucial do meu percurso, é impreterível mergulhar numa reflexão cuidada sobre os pilares fundamentais que nortearam o desenvolvimento das competências neste estágio culminado neste relatório. Para tal, sinto ser necessário revisitar, de forma sucinta, os elementos mais significativos e suscetíveis de influenciar o meu crescimento.

É imperativo compreender a criança e a família como uma entidade indivisível no âmbito dos cuidados de enfermagem. A abordagem centrada na família é essencial para garantir o bem-estar e a recuperação da criança/jovem. O acompanhamento constante da criança nas unidades de saúde, pela mãe/pai ou outro cuidador significativo, é fundamental para assegurar o apoio emocional e a continuidade dos cuidados. Esta presença ativa e afetuosa contribui para a segurança e o bem-estar da criança/jovem durante o seu processo de tratamento. Além disso, envolvê-los nas decisões, nos cuidados e estabelecer uma relação de parceria é fundamental.

Atualmente encontramos-nos diante de desafios exigentes e complexos que requerem uma abordagem responsável e corajosa em diversos contextos. A sociedade, de facto, apresenta-se exigente em várias vertentes. Os cuidados prestados concentram-se em um período crucial do ciclo de vida, que vai desde o nascimento até os 18 anos, embora em situações especiais como doenças crónicas ou incapacidades, a assistência pediátrica

ainda seja a melhor opção para o jovem, família e profissional, possa incluir crianças até 21 anos.

Além disso, o desafio de prestar cuidados a crianças e famílias em diversos contextos assistenciais, exige uma abordagem competente, rápida e eficaz, muitas vezes aportada de grande complexidade. Os cuidados neuroprotetores implicam um vasto conhecimento e sensibilidade. A comunicação e a inter-relação com a criança/jovem e família são elementares para o sucesso do atendimento, tornando-se imprescindíveis estratégias adequadas para estabelecer uma relação positiva.

A tarefa de ser pai ou mãe revela-se como uma das mais desafiadoras e importantes na vida de uma pessoa. No entanto, percebemos que muitos pais enfrentam dificuldades ao assumir esse papel, que é reconhecido como árduo. É crucial que compreendamos e apoiemos os pais nessa jornada, ajudando-os a desempenhar sua parentalidade da melhor forma possível. É fundamental auxiliar os pais a serem pais na sua forma mais plena de satisfação.

A prestação de cuidados de enfermagem às crianças/jovens e famílias nos dias de hoje requer uma abordagem holística, responsável e sensível às necessidades de cada indivíduo e família. É essencial que estejamos preparados para lidar com os desafios e exigências desta área, garantindo sempre a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados.

A categorização dessas diversas situações como extremamente desafiadoras e complexas, ressalta a necessidade de uma assistência de enfermagem capaz de oferecer respostas adequadas, sendo que a solução para esses desafios complexos e exigentes está nos cuidados de enfermagem prestados às crianças/jovens e suas famílias pelo EEESIP. Tal como descrito no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro), o EE é reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana para oferecer cuidados especializados na sua área de atuação.

Posto isto, desenvolvi competências inerentes ao EEESIP tendo desenvolvido compreensão profunda sobre as respostas da criança/jovem aos processos de vida e problemas de saúde, o que me permite implementar soluções altamente adequadas às necessidades da criança/jovem e família, efetuando diagnóstico, prescrevendo intervenções e avaliando a eficácia das mesmas. Desenvolvi conhecimento científico profundo e específico na área da saúde infantil e pediátrica que sustenta a minha prática de cuidados, prestando cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em situações

de especial complexidade, determinando respostas altamente adequadas às suas reais necessidades e reconhecendo a criança/jovem como elemento participativo na tomada de decisão do seu processo de saúde, bem como a valorização dos pais como os provedores primários de cuidados. Forneço suporte e assistência à criança/jovem e família nos processos de transição e adaptação atendendo aos seus projetos de saúde e contribuindo para maximizar o seu potencial de crescimento e desenvolvimento.

Assim, é essencial valorizar e incorporar os avanços da investigação em enfermagem pediátrica, bem como a interação com outras áreas do conhecimento, a fim de proporcionar cuidados de saúde cada vez mais eficazes e humanizados com uma visão holística da criança/jovem cuidada, reduzindo alguns elementos *stressores* como por exemplo a dor que tão relevante é.

Na área da investigação, foi realçada a importância da PBE como uma ferramenta indispensável para a enfermagem e, ainda mais, para o EE, que desempenha um papel crucial na promoção e difusão da investigação. Foi estabelecida uma relação entre o crescimento do conhecimento e o reconhecimento das próprias limitações, que devem impulsionar a pesquisa. Com o objetivo de aprimorar o saber, os problemas e necessidades são identificados na prática e é na melhor evidência científica disponível que após pesquisa se encontram respostas e saberes que visam proporcionar cuidados de qualidade. Destaco ainda a elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura que pretende estabelecer uma ponte entre a evidência e o contexto da prática, possibilitando a implementação de estudos que impactem diretamente nos contextos de prestação de cuidados no futuro.

No domínio da gestão de cuidados destaco a reflexão acerca do papel do EEESIP enquanto elemento de referência para a equipa, assim como as experiências da gestão de recursos materiais e humanos no processo assistencial à criança/jovem e família, tipos de métodos de trabalho e estilos de liderança utilizados como forma de zelo pela qualidade dos cuidados a crianças/jovens e família. Realço, ainda, as competências adquiridas no estabelecimento claro de uma relação entre a sua efetividade e o garante do compromisso assistencial à criança/jovem e família.

No que concerne à sua formação, tornou-se evidente que é um processo essencial para atender às constantes necessidades de atualização de conhecimentos e habilidades ao longo da carreira profissional. O EEESIP desempenha um papel vital como facilitador da

aprendizagem e formador das equipas em questões menos dominadas por elas. No que se refere à melhoria contínua da qualidade, observa-se uma reflexão sobre os contributos para a melhoria contínua dos cuidados, baseados na construção de um referencial teórico.

O desenvolvimento do estágio na UCC contribuiu para um olhar aprofundado acerca da relevância da deteção de necessidades formativas e identificação de oportunidades de melhoria e intervenção, junto dos pares e junto dos pais, como processo de capacitação e apoio no papel parental, para a obtenção de ganhos em saúde.

A reflexão das competências desenvolvidas e dos conhecimentos adquiridos no percurso deste mestrado, revelou um amadurecimento no papel de mestre e especialista em EEESIP. Essa constatação é significativa no contexto das aprendizagens realizadas, mas também abre espaço para vislumbrar o futuro. Anseio continuar a dedicar-me à gestão dos cuidados e à participação em grupos de trabalho relacionados à EEESIP no meu local de trabalho, além de prosseguir com estudos que possam contribuir para a pesquisa e aprimoramento de uma Enfermagem de excelência.

Este curso foi um convite para a aquisição de competências que me permitirão cuidar de forma mais impactante e com a excelência que o cuidar preconiza, mas foi sobretudo transformador na forma como me fez sentir esses cuidados e como cada competência floresceu alicerçada na consciência, confiança, compaixão, compromisso e, sobretudo, nas emoções.

Ao longo deste caminho, procurei integrar todas as situações e profissionais com que me cruzei, nomeadamente, das enfermeiras tutoras, o melhor que cada um tem e que, mesmo inconscientemente, me pode ensinar, tentando transpô-lo para mim e para os meus cuidados. Da Neonatologia trouxe a serenidade, do SUPP a sobriedade e espírito de equipa e da UCC a versatilidade, para além de todo o saber científico.

Esta incursão cuidada pelos meandros deste caminho, para o qual considero atingidos os objetivos propostos, relembro o percurso sinuoso, que exigiu paciência, perseverança e resiliência para ser trilhado com a glória que almejo ter alcançado.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, C. d., Rodrigues, M. A., & Paixão, M. P. (10 de Julho de 2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. pp. 63-68.

Alshaihi, S., AlBassri, T., AlQeufli, S., Philip, W., & Alharthy, N. (22 de Novembro de 2021). Pediatric triage variations among nurses, pediatric and emergency residents using the Canadian triage and acuity scale. *BMC emergency medicine*, 21(1), 146.

Aregbesola, A., Florescu, O., Tam, C., Coyle, A., Knisley, L., Hogue, K., . . . Klassen, T. P. (10 de October de 2022). Evaluation of baseline pediatric readiness of emergency departments in Manitoba, Canada. *nternational journal of emergency medicine*, 15(1), 58.

Askin, D. F., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 331 - 411). Loures: Lusociencia.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company. Obtido de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7953477/mod_resource/content/1/Self-Efficacy_%20The%20Exercise%20of%20Control.pdf

Batalha, L. M. (2016). Avaliação da dor - Manual de estudo - Versão 1. Escola Superiorde Enfermagem de Coimbra. Coimbra.

Batalha, L. M., Costa, L. P., Reis, G. M., Jacinta, F. M., Machado, R., & Santos, P. M. (10 de Janeiro de 2014). Acta Pediátrica Portuguesa. *DOR PEDIÁTRICA EM PORTUGAL: RESULTADOS DA SENSIBILIZAÇÃO E FORMAÇÃO*, pp. 99-106.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito, Excelência e poder na Prática Clínica em Enfermagem*. Coimbra: Portugal.

Bento, M. S., Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2020). A Criança-Família da Centralidade dos Cuidados à Relação de Parceria. *Revista da UIIPS –Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, pp. 276 - 282.

Brazelton, T. B., & Sparrow, J. (2003). *The Touchpoints Model of Development*. Obtido de Brazelton Touchpoints Center: <https://www.brazeltontouchpoints.org/>

Caetano, J. M. (10 de Maio de 2024). Estratégias não farmacológicas no controle da dor ao recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(3), e69885., pp. 2595-6825.

Canadian Association of Emergency Physicians. (Novembro de 2013). Canadian Triage and Acuity Scale - Combined Adult/Paediatric Educational Program.

Cardoso, A. C. (2010). *Experiências dos pais na Hospitalização da criança com doença aguda*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Casey, A. (2010). *A Textbook of Children's and Young People's Nursing E-book*.

Casey, A., & Mobbs, S. (2 de novembro de 1988). *Nursing times*, 84(44). *Spotlight on children. Partnership in practice*, pp. 67–68.

Cerqueira, C., & Babieri-Figueiredo, M. d. (2020). Cuidados Centrados na Família. Em A. L. Ramos, & M. d. Babieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 28-38). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Charepe, Z. (2020). A Criança e o Jovem com Doença Crónica ou Incapacitante. Em A. L. Ramos, & M. d. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 231- 237). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Conselho da Europa. (2009). Diretrizes do Conselho da Europa sobre as estratégias nacionais integradas de proteção das crianças contra a violência. Strasbourg.

Costa, L. C., Souza, M. G., Sena, E. M., Mascarenhas, M. L., Moreira, R. T., & Lúcio, I. M. (1 de Julho de 2016). UTILIZAÇÃO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA ALÍVIO DA DOR NEONATAL. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, pp. 2395 - 2403.

CPCJ. (Maio de 2024). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2023*. Obtido de Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens: <https://www.cnpdpcj.gov.pt/relatorio-atividades>

Cruz, S. G., & Frederico, F. M. (2012). Perceção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*, 103-112.

Dantas, H. L., Costa, C. R., Costa, L. d., Lúcio, I. M., & Comassetto, I. (13 de Março de 2022). *COMO ELABORAR UMA REVISÃO INTEGRATIVA: SISTEMATIZAÇÃO DO MÉTODO CIENTÍFICO*, pp. 334-345.

Diário da República. (4 de setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - REPE. *Decreto-Lei n.º 161/96. 2959 - 2962*.

Diário da República. (1 de setembro de 1999). Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro. *Lei de protecção de crianças e jovens em perigo*. Portugal.

Diário da República. (5 de dezembro de 2008). 2.ª série — N.º 236 — Ministério da Saúde - Gabinete da Ministra. *Despacho n.º 31292/2008*. Portugal.

Diário da República. (6 de Outubro de 2009). Diário da República, 1.ª série — N.º 193 . *Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro*. Portugal.

Diário da República. (22 de junho de 2015). Diário da República, 2.ª série — N.º 119 - Regulamento n.º 351/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados*. Portugal.

Diário da República. (8 de setembro de 2015). Lei n.º 142/2015 de 8 de setembro. *Segunda alteração à Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro*. Portugal.

Diário da República. (20 de dezembro de 2023). Diário da República, 2.ª série N.º 244- Despacho n.º 13057/2023. *Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde*. Portugal.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (Junho de 2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, pp. 43-51.

Direção-Geral da Saúde. (14 de Junho de 2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *Circular Normativa N° 09/DGCG*. Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (14 de Dezembro de 2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Orientação Técnica n° 014/2010*. Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (18 de Dezembro de 2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Orientação Técnica n° 022/2012*. Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (2013 de Maio de 2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Norma 010/2013*. Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (12 de agosto de 2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (9 de Janeiro de 2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. *Norma 002/2018*. Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (Setembro de 2020). Programa Nacional de Vacinação .

Direção-Geral da Saúde. (2022). Recomendações para um estilo de vida saudável e seguro. Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (19 de março de 2022). Vacinação de cidadãos estrangeiros no contexto de proteção temporária. *Norma 003/2022*. Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (18 de Junho de 2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. *Circular Normativa N°:11/DSCS/DPCD*. Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (Fevereiro de 2011). MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS GUIA PRÁTICO DE ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO. Portugal.

Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 227-235.

Drennan, J. (2012). Masters in nursing degrees: An evaluation of management and leadership outcomes using a retrospective pre-test design. *Journal of Nursing Management*, 20(1), 102–112.

- Drucker, P. (1994). *Administração Teoria, Processo e Prática*. São Paulo: Makron Book, 2ª Edição.
- Dukuzumuremyi, J. P., Acheampong, K., Abesig, J., & Luo, J. (14 de agosto de 2020). Knowledge, attitude, and practice of exclusive breastfeeding among mothers in East Africa: a systematic review. *International Breastfeeding Journal*, 15 - 35.
- Ebrahimi, M., Mirhaghi, A., Najafi, Z., Shafae, H., & Hamechizfahm Roudi, M. (10 de Julho de 2020). Are Pediatric Triage Systems Reliable in the Emergency Department? *Emergency medicine international*.
- Fernandes, A. (2007). Dor Neonatal: Consequências Imediatas e a Longo Prazo. *DOR, Volume 15 • N.º1*, pp. 22-26.
- Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. Em M. d.-F. Ana Lúcia Ramos, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 39 - 55). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fernandes, F. V. (21 de Outubro de 2021). *Liderança e satisfação na equipa de enfermagem: revisão narrativa*. *Gestão E Desenvolvimento*, pp. 465-482. Obtido de <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10226>
- Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Apreciação em Enfermagem da Criança e do Jovem: Nas consultas de Enfermagem em Contexto de Cuidados de Saúde Primários. Em M. d.-F. Ana Lúcia Ramos, *Enfermagem em Saúde da Crianças e do Jovem* (pp. 86 - 94). Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Fernandes, V., A.C.C.S., C., Guerreiro, I., José, H., Gouveia, M. &, & M.F.P.M. (4 de outubro de 2021). LEADERSHIP AND SATISFACTION IN THE NURSING TEAM: NARRATIVE REVIEW. *Gestão e Desenvolvimento*, pp. 465-482.
- Ferreira, R. G. (2015). A Educação Permanente na Formação Contínua dos Profissionais de Enfermagem. *Revista SUSTINERE v. 3, n. 2*, 128-142.
- Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. (2020). A Criança em Idade Pré-escolar (3 aos 6 anos) e Escolar (6 aos 12 anos). Em M. d.-F. Ana Lúcia Ramos, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 160 -191). Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Harvey, P., & Ahmann, E. (maio - junho de 2014). Validation: A Family-Centered Communication Skill. *Pediatric Nursing Vol. 40 No. 3*, 143 - 147.

Hockenberry, M. J. (2014). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 49 - 71). Loures: Lusociência - Edições Técnica e Científicas, Lda.

Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9ª edição*. LusoCiência.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª Edição)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto de Apoio à Criança. (2016). *Anotações à carta da criança hospitalizada (3ª ed.)*. (IAC, Ed.) Lisboa.

Internacional Coucil of Nurses. (2019). *Browser Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Obtido de ICNP Browser: <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Karimi, F. Z., Abdollahi, M., Khadivzadeh, T., & Yas, A. (28 de dezembro de 2022). Investigating the Effect of Kangaroo Mother Care on Maternal-Infant Attachment: A Systematic Review and Meta-analysis Study. *Current Women's Health Review, XXXX, Vol. XX, No. XX*, pp. 1 - 11.

Klein, V., Zores-Koenig, C., Dillensege, L., Langlet, C., Escande, B., Astruc, D., . . . group, S. N. (3 de Setembro de 2021). Mudanças nas práticas de cuidado centradas no bebê e na família administradas a bebês extremamente prematuros durante a implementação do programa NIDCAP. *Frontiers in Pediatrics Vol 9, Artigo 718813*, pp. 1 - 14.

Lambert, V., Long, T., & Kelleher, D. (2012). *Communication Skills for Children's Nurses*. Berkshire: The MacGraw Hill Companies.

Loureiro, F., Antunes, A., & Charepe, Z. (1 de novembro de 2020). Theoretical nursing conceptions in hospitalized child care: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*

Lourenço, I. L. (3 de Outubro de 2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. pp. 557-578. Obtido de <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Mações, M. A. (2018). *Manual de Gestão Moderna: Teoria e Prática (2ª edição)*. Coimbra: Almedina.

Magalhães, F., Rolim, K., Pinheiro, I., Fernandes, H., Santos, M., Albuquerque, F., & B.F.F., A. (12 de Julho de 2020). Eficácia da sacarose no alívio da dor no recém-nascido: revisão integrativa da literatura. *Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde*, pp. 125-134.

Manguy, A.-M., Joubert, L., Oakley, E., & Gordon, R. (2017). Psychosocial Care Models for Families of Critically Ill Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, pp. 46-52. doi:10.1016/j.pedn.2017.10.014

Martins, J. C. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 62-66.

Matsuda, M. R., Martins, M. d., Filho, M. d., & Matta, A. C. (18 de Novembro de 2013). MÉTODOS NÃO-FARMACOLÓGICOS NO ALIVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - Vol.5,n.1*, pp. 59-63.

Meleis, A. (1987). Revisions in knowledge development: A passion for substance. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 5-19.

Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress*. Lippincott.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários - Guia de Decisão Clínica*. Lisboa: Lidel.

Melo, R. d., Souza, Í. E., & Paula, C. C. (22 de Julho de 2013). Neonatal nursing: the meaning of existential caring in Intensive Care Unit. pp. 656-62.

Melo, R., Mónico, L., Carvalho, C., Pereira, P., Rezende, H., Duarte, A., . . . Lousã, E. (2017). *Liderança e Seus Efeitos. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)*. Coimbra, Portugal: ISBN 978-989-99426-6-0.

Ministério da Saúde. (Dezembro de 2023). Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10028/1031755/Pages/default.aspx>

Mororó, D. D., Enders, B. C., Lira, A. L., Silva, C. M., & Menezes, R. M. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323-332.

Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 505-510.

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). Investigação em Enfermagem. Em *Teoria e Prática* (pp. 1-29). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

NIDCAP Federation International. (15 de Junho de 2012). Guia del Programa NIDCAP. *NIDCAP Federation International*.

Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., . . . Amorim, R. (2018). *Desenhos da minha dor. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor*. Grafisol - Artes Gráficas.

Ordem dos Enfermeiros. (26 de Abril de 2006). Investigação em Enfermagem. *Tomada de posição*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (24 de Abril de 2007). Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE).

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos da OE, nº1, série 6*.

Ordem dos Enfermeiros. (16 de setembro de 2015). Código Deontológico do Enfermeiro . *Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015* . Portugal: 8077 - 8080.

Ordem dos Enfermeiros. (dezembro de 2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos OE, Série 1, Número 8*.

Ordem dos Enfermeiros. (23 de Abril de 2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.

Ordem dos Enfermeiros. (22 de Junho de 2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (12 de julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro*, 19192-19194.

Ordem dos Enfermeiros. (12 de Julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 133.

Ordem dos Enfermeiros. (6 de Fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (setembro de 2020). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Ordem dos Enfermeiros. (3 de março de 2021). Diário da República, 2.^a série, Ordem dos Enfermeiros Aviso n.º 3918/2021. *Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.

Organização Mundial de Saúde. (2019). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Genebra, Suíça.

Organização Mundial de Saúde. (2020). Diretrizes sobre atividade física, comportamento sedentário e sono para crianças com menos de 5 anos de idade.

Organização Mundial de Saúde. (2022). *World Health Organization (WHO). Breastfeeding*. Obtido de https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1

Pádua, A., Silva, J., & Contreiras, S. (2020). A criança e o Jovem Vítimas de Maus Tratos. Em A. L. Ramos, & M. d. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 273 - 281). Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.

Parreira, P. &.-C. (2023). Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. Capítulo 3 - Gestão nas Organizações de Saúde (Volume 2). COPYRIGHT.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pinheiro, G. M., Macedo, A. P., & Costa, N. M. (28 de fevereiro de 2014). Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 2. *Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem*, pp. 101-109.

Ponte, C., & Batista, S. (fevereiro de 2019). EU Kids e NOVA FCSH. *EU Kids Online Portugal. Usos, competências, riscos e mediações da internet reportados por crianças e jovens (9-17 anos)*.

Quispe-Castillo, M., & Espíritu, F. A. (30 de Dezembro de 2022). Efecto de un programa de enfermería sobre los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro. *Rev Peru Investig Matern Perinat*, pp. 27-34.

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., . . . Tutelma. (Setembro de 2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN*, 1976-1982.

Rodrigues, S. V., Vieira, M., Charepe, Z., & Capelas, M. L. (2012). Aprendizagem dos Enfermeiros ao longo da vida – Adaptação e validação da Escala de Je#erson. *Cadernos de Saúde*, 71-77.

Rosa, M., Perini, E., Anacleto, T. A., Hessem, M. N., & Bogutchi, T. (3 de Novembro de 2008). Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3), pp. 490-498.

Samane, S., Yadollah, Z. P., Marzieh, H., Karimollah, H. -T., Reza, Z. M., Afsaneh, A., & Als, H. (6 de Janeiro de 2022). Cue-based feeding and short-term health outcomes of premature infants in newborn intensive care units: a non-randomized trial. *BMC Pediatrics*, pp. 1 - 9.

Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. Em M. J. Hockenberry, & J. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9ª edição* (pp. 1025 - 1060). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma loso a de cuidados.... *Nascer e Crescer vol XX, n.º 1*, pp. 26 - 31.

Santos, I. X., Curado, A. d., Freire, A. R., Martins, B. A., Barros, R. M., & Wehbe, M. A. (1 de março de 2022). Benefits of exclusive breastfeeding during the newborn's first months of life. *Residência Pediátrica*.

Santos, J. S., Andrade, R. D., Silva, M. A., & Mello, D. F. (6 de Abril de 2020). Nurse to adolescent health communication process: approach to Event History Calendar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 1 - 5.

Santos, J., Silveira, A., Christoffel, M., Paiva, E., B.N., M., & Silva, M. (14 de Dezembro de 2021). O uso oral da glicose 25% no alívio da dor do recém-nascido: revisão integrativa. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* v.21, n.2, pp. 189 - 96.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. porto: Lidel - edições técnicas, lda.

Sheldon, R. E., Kosta, S. M., & Buehler, D. M. (1 de Junho de 2024). Heidelise Als, PhD, 1940–2022: A Visionary Voice for Infants and Families. *Neoreviews Volume 25, Issue 6*, pp. 319-324.

Sistema de Intervenção Precoce na Infância. (s.d.). *Sistema de Intervenção Precoce na Infância*. Obtido de <https://snipi.gov.pt/quem-somos#no-back>

Sousa, D., Pereira, A. R., & Araújo, D. R. (2014). A administração do paracetamol previamente à vacinação da criança: uma revisão integrativa da literatura.

Sousa, P. C., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde 8 Vol. 15 8 Número 1*, pp. 4-17.

Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. d. (2010). Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *einstein*(8), pp. 102-106.

Tavares, P. P. (2020). Nas Consultas de Enfermagem em Contaxto de Cuidados de Saúde Primários - No Contexto do Internamento. Em M. d.-F. Ana Lúcia Ramos, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 95 - 103). Lisboa: Lidel - edições técnica, lda.

Teixeira, M. J., Soares, T., Ferreira, A., & Pinto, J. (22 de Maio de 2012). Os contributos dos sistemas de apoio à tomada de decisão para a prática de enfermagem. *Journal of Health Informatics*, 59-63.

Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém Vol. 8, N.º 1. *A família como promotora da transição para a parentalidade*, pp. 17 - 30.

Urtasun, M., Takata, M., Davenport, M., Domínguez, P., Suárez, G., Villa Nova, S., . . . Ferrero, F. (2022). Effect of electronic prescriptions on the safety of hospitalized pediatric patients. *Arch Argent Pediatr*, pp. 111-117.

USF Pevidém. (7 de Abril de 2022). Manuel de Acolhimento. 1-68.

Varandas, M. d., & Lopes, A. (2012). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*, 141-158.

Vaz, F., & Trigo, R. (2020). A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência. Em A. L. Ramos, & M. d. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 293-309). Lisboa: Lidel- edições técnicas, lda.

Watson, J. (2012). *Ciência do cuidado humano: uma teoria de enfermagem*. Londres: Jones e Bartlett Learning.

Westbrook, J., Sunderland, N., Woods, A., Raban, M., Gates, P., & Li, L. (13 de agosto de 2020). Changes in medication administration error rates associated with the introduction of electronic medication systems in hospitals: a multisite controlled before and after study. *BMJ Health Care Inform*, pp. 1-9.

7. APÊNDICES

7.1 Apêndice I – *Visões de Empoderamento Digital*



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Planeamento de Ação de Educação para a Saúde

Visões de Empoderamento Digital

Alexandra Teixeira

Porto, fevereiro de 2024



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Planeamento de Ação de Educação para a Saúde

Visões de Empoderamento Digital

Estudante: Alexandra Teixeira

Tutora: Enfermeira SM

Sob orientação de: Professora Doutora Constança Festas

Porto, fevereiro de 2024

Siglas

AAP - Academia Americana de Pediatria

AAPCA - Associação Americana de Psiquiatria da Criança e Adolescente

AES – Ação de Educação para Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MEESIP – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

SPC - Sociedade de Pediatria Canadana

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

Introdução

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no Instituto de Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, nomeadamente, na unidade curricular *Estágio Final e Relatório* referente ao contexto de Cuidados de Saúde Primários surge a necessidade de realização de uma Ação de Educação para a Saúde (AES). A realização do estágio neste contexto decorre de 20 de novembro de 2023 a 8 de março de 2024, perfazendo um total de 180 horas.

A importância da realização desta AES vai de encontro à importância das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) como detentor de conhecimentos e habilidades que lhe permitem responder às necessidades da criança e família, proporcionando educação para a saúde e promovendo o mais elevado estado de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Como futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica é de salientar a importância de uma prática assente na promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios, promoção da autoestima e autodeterminação da criança/jovem com especial importância para as escolhas inerentes ao seu projeto de saúde e no reconhecimento e valorização das forças e competências da família (Diário da República, 1996).

Neste sentido, decidi realizar uma AES subordinada ao tema *Visões de Empoderamento Digital*.

Este tema já me havia suscitado interesse tendo em conta a minha experiência profissional pessoal. Exerço funções num Serviço de Pediatria e observo crianças desde 1 mês até aos 17 anos e 364 dias expostos a ecrãs nas mais variadíssimas circunstâncias. Por este motivo, neste contexto de estágio fui estando atenta e desperta a esta temática. Desta forma, e uma vez que neste campo de estágio existe uma descoberta e aproximação ao ambiente real das crianças e de quem com elas está, foi surgindo em conversas de brainstorming novamente este tema. As educadoras e auxiliares relatam que identificam uma grande exposição a ecrãs por parte das crianças. Relatam que identificam a questão não só pelas histórias que as crianças contam do seu dia-a-dia nas suas casas, mas também o que observam; quando os pais os vão buscar à escola, logo que chegam ao carro oferecem um smartphone ou um tablet ao filho. Nesta troca de ideias com as educadoras e auxiliares encontrava-se presente a minha Enfermeira Orientadora que concordou e corroborou a importância do tema uma vez e que, apesar de já se ter começado a ter em consideração este tema mesmo que apesar de associado a outros, defende que a Saúde Escolar terá que cada vez mais dar relevo e trabalhar com a comunidade escolar e pais acerca desta temática.

As crianças nascem e crescem num ambiente onde proliferam dispositivos eletrónicos acabando por ter contacto com estes cada vez mais jovens e utilizando-os nas suas rotinas diárias, sendo

cada vez mais gritante o tempo dedicado por estas aos ecrãs (televisão, smartphone, tablet, computador e videojogos).

Tendo em conta que o papel dos pais é crucial e que as dúvidas persistem e, uma vez que buscam informação e alternativas que os satisfaçam para a educação dos seus filhos pareceu perentório investir na formação aos mesmos de forma a empoderá-los de conhecimento para desenvolverem mais plenamente o seu papel parental de forma a tomar decisões educacionais para os seus filhos informada e responsabilmente.

A elaboração deste documento visa o desenvolvimento de competências de planeamento, execução e apresentação de uma AES, definição de estratégias comunicacionais com o público-alvo, servindo, também, como instrumento de avaliação da unidade curricular.

Posto isto, este trabalho divide-se em três capítulos que refletem a sequência da atividade aqui referida. Inicia-se com o seu planeamento e refere-se, de seguida, as particularidades da execução e, posteriormente, a avaliação da sessão.

Planeamento

Segundo Imperiatori & Giraldes (1993), planeamento em saúde tem como objetivo a redução dos problemas em saúde considerados como prioritários implicando a coordenação de esforço dos vários setores socioeconómicos com vista a atingir os objetivos fixados. O objetivo é, através da procura de mudança no comportamento e, essencialmente, ao nível das atitudes e comportamentos relacionados com estilo de vida saudáveis, melhorar o nível de saúde das populações.

O planeamento em saúde é constituído pelo diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de projetos execução e avaliação (Imperiatori & Giraldes, 1993).

Um planeamento eficaz é essencial para alcançar as metas e objetivos estabelecidos. Esta etapa envolve a análise, preparação e implementação das melhores estratégias e condições para alcançar o resultado desejado. Além disso, planear significa antecipar as ações necessárias, definir como serão realizadas, estabelecer prazos e responsabilidades.

Análise de Situação / Escolha do Tema

A Saúde Escolar sofreu uma mudança de paradigma, a primeira mudança com base na Carta de Ottawa em 1986, ao reconhecer que a saúde é influenciada pelas experiências diárias das pessoas. É a relação entre os ambientes e as pessoas que determina o estado de saúde do indivíduo, família, escola e comunidade. Portanto, é necessário aprimorar o nível de bem-estar através de estratégias mais eficientes para promover a saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A segunda transformação no paradigma da Saúde Escolar é iniciada pela evidência científica da promoção da saúde nas escolas, na inovação e urgência de focar-se nos resultados.

Promover a saúde e o bem-estar além de capacitar indivíduos e comunidades a agir, envolve o reconhecimento das suas habilidades e potenciais, bem como a facilitação das suas escolhas (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Em 1994 Portugal passou a fazer parte da Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa parceria entre os setores da Saúde e Educação resultou numa implementação efetiva de programas de promoção e educação para a saúde nas escolas (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A correta e eficaz implementação desses programas exige a colaboração e trabalho em equipa dos alunos, pais e parcerias que promovam a saúde nas suas políticas e o envolvimento ativo de todos

na elaboração, organização e avaliação dos processos de ensino e aprendizagem, assim como nos resultados das ações.

A necessidade da intervenção da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) intervir e abordar o tema desta AES “*Visões de Empoderamento Digital*” foi identificada conjuntamente com docentes e não docentes de uma Instituição particular de solidariedade social da zona de intervenção. Como explanado na introdução, estes profissionais constatarem diariamente o uso excessivo de ecrãs e a dificuldade em sensibilizarem os pais para esta problemática. Relatam, tal como Parente, et al. (2020), que os pais utilizam os ecrãs como estratégia de carácter punitivo ou como método de negociação para que os filhos tenham determinado comportamento ou cumpram com determinada tarefa. Utilizam-nos, igualmente, para mediar o momento do deitar e do adormecimento (Parente, et al., 2020).

Pretendia uma adesão considerável à AES, isto aliado à minha vontade de conferir identidade à mesma, efetuei um cartaz como forma de convite e denominei a AES como “*Visões de Empoderamento Digital*”.

Os educadores, professores e outros profissionais que lidam com crianças como promotores de literacia digital e de contacto com as famílias para esse sentido, deverão ter formação e sensibilização para se afigurarem como um apoio a crianças e suas famílias na utilização do digital como uma das formas, entre outras, de crescimento e desenvolvimento (Rocha & Nunes, 2021).

Neste sentido desenvolvi uma AES, que, apesar de ser direccionada para os pais/encarregados de educação também os educadores e auxiliares estarão presentes e assistirão à mesma.

Durante a minha pesquisa pude constatar que este tema é apenas brevemente abordado nos vários programas de atuação da Saúde Escolar, mas sempre de forma sucinta, nomeadamente, no combate ao sedentarismo e promoção da atividade física, alimentação saudável e nos comportamentos aditivos sem substâncias. Acredito que o futuro passará por um programa direccionado para esta temática em que os EESIP terão um papel fundamental de conhecimento, informação e promoção de saúde.

Neste sentido, considereei crucial fornecer aos pais informação sobre a evidência científica mais atual de forma a, essencialmente, empoderá-los de conhecimento e literacia para a saúde pois quanto mais detentores de informação forem, mais capacitados estarão para uma melhor gestão da exposição a ecrãs pelos filhos. Desta forma, pretendo fazê-los refletir para que posteriormente tomem decisões de forma consciente.

Nos últimos vinte anos houve um grande aumento na disponibilização de dispositivos com ecrã, o que levou a um aumento do seu uso por parte das crianças e adolescentes, atualmente designados de “*nativos digitais*”. Os ecrãs de telemóvel, tablet, televisão e computador fazem agora parte do seu quotidiano proporcionando um fácil acesso a informação, entretenimento, comunicação e publicidade. Como resultado desta nova realidade surgiu o termo “*tempo de ecrã*” ou “*tempo de exposição a ecrãs*” que se refere ao tempo que as crianças e jovens passam expostos a estes dispositivos (Rafael, et al., 2020).

Um estudo realizado em Portugal demonstrou que 54,3% das crianças entre os 11 meses e os 6 anos e meio passam mais de duas horas por dia em “*tempo de ecrã*” e que crianças entre os 3 e os 5 anos passam, em média, 154 minutos por dia em frente a ecrãs (Rodrigues et al, 2020).

Esta exposição pode trazer benefícios para as crianças e jovens em diferentes domínios como relacionamento social pela possibilidade de comunicação com pessoas distantes geograficamente possibilitando a conexão com diversas realidades, culturas, costumes. A saúde através da capacidade de aceder a informações que querem que permaneça anónimas sobre assuntos para si delicados; informações que antes pareciam impossíveis de encontrar e hoje, encontram-se a um clique de distância. A nível físico a destreza óculo-manual e a motricidade fina são altamente desenvolvidas, pela frequência e rapidez com que manuseiam os instrumentos digitais (Beco, et al., 2016). E a educação, com novas formas de aprendizagem através de programas interativos de qualidade que podem melhorar o nível de aprendizagem das crianças quer ao nível da Matemática, quer na alfabetização, melhorando o grau de compreensão fonética desde que acompanhados pelos pais. A tecnologia quando usada de maneira adequada, promove a aprendizagem das crianças, desde que os conteúdos sejam adequados à idade e o tempo seja o recomendado. Se não afetar a rotina, os ecrãs podem ser vistos como uma extensão da brincadeira (livros de colorir) e dos estudos (jogos didáticos) e podem ser utilizados para estimular a criatividade (Rocha & Nunes, 2021).

Os conteúdos pedagógicos, ricos e estimulantes, ajudam a criança/jovem a moldar a sua própria identidade e a abrir uma janela panorâmica para o mundo, o que lhes desperta a curiosidade, a criatividade e a imaginação e lhes proporciona ambientes de aprendizagem (UNICEF, 2017).

Por outro lado, e tendo em conta este aumento de exposição a ecrãs, surgiram inquietudes relacionadas com efeitos negativos devido às repercussões para a saúde e desenvolvimento das crianças. Este motivo constituiu uma preocupação para profissionais de saúde e investigadores, o que conduziu a que entidades como a OMS, Academia Americana de Pediatria (AAP), Associação Americana de Psiquiatria da Criança e Adolescente (AAPCA) e a Sociedade de Pediatria Canadiana (SPC) apresentassem orientações quanto ao tempo de exposição a ecrãs por faixa etária, tal como se pode ver na tabela seguinte (Rafael, et al., 2020):

Tabela 1. Recomendações internacionais para o dia de semana

Recomendação	Idade	Entidade			
		OMS	AAP	AAPCA	SPC
“tempo de ecrã” = 0 horas	< 1 ano	X			
	<18 meses		X*	X*	
	<2 anos				X
“tempo de ecrã” ≤1 hora	1-4 anos	X			
	2-5 anos		X**	X**	X**
Tempo ≤ 2 horas	5-18 anos		***	***	X****
			****	****	

* limitar a videochamadas (familiar fora da cidade). Dos 18 aos 24 meses limitar a programas educativos na presença do cuidador, de forma a permitir a interpretação dos conteúdos.

**Programas de alta qualidade, na presença do cuidador, de forma a facilitar a compreensão e escolha dos conteúdos.

*** >6 anos: limitar o “tempo de ecrã” e tipo de utilização e garantir que têm hábitos de sono, atividade física e outros comportamentos saudáveis.

****5-18 anos: exposição personalizada e equilibrada.

A OMS enfatiza que o uso excessivo de dispositivos eletrónicos é prejudicial para as crianças e jovens. Recomenda que as crianças com idade inferior a 12 meses não devem ser expostas a ecrãs, assim como até aos 2 anos de idade com exceção, a partir dos 18 meses, a utilização limitada a videochamadas para familiares que se encontrem distantes. Em crianças dos 2 aos 5 anos o tempo de exposição a ecrãs não deve ultrapassar os 60 minutos por dia, sendo que os conteúdos devem ser educativos e adequados à faixa etária, sempre com o acompanhamento e supervisão parental. Para as crianças/jovens dos 5 aos 18 anos a recomendação é de, no máximo, duas horas de exposição, com limites estabelecidos, de forma a não prejudicar o sono ou a atividade física, reservando algum tempo livre de exposição (Organização Mundial de Saúde, 2020). A covisualização com um adulto aliada à seleção criteriosa de programas educativos, tem o potencial de atenuar os impactos negativos associados ao uso de dispositivos eletrónicos, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento linguístico infantil (Rafael, et al., 2020). De acordo com a OMS, para que as crianças cresçam com saúde, é recomendado que passem menos tempo sentadas e mais tempo a brincar (Organização Mundial de Saúde, 2020). Como já referi, apesar dos benefícios dos dispositivos eletrónicos, existe uma preocupação cada vez maior quanto aos efeitos nefastos do tempo de exposição a ecrãs. São descritos efeitos prejudiciais no desenvolvimento infantil, dificuldade na linguagem, défice cognitivo, dificuldades

emocionais e de autorregulação, comportamentais a nível social e familiar, uma vez que a interação com os seus cuidadores e com o mundo que as rodeia é essencial para que desenvolvam capacidades emocionais, cognitivas, de linguagem e motoras. Praticar habilidades de comunicação, interagir face-a-face com outras pessoas, estabelecer interações verbais e não verbais é essencial no desenvolvimento. Interação esta, que as crianças não são capazes de desenvolver em frente a um ecrã (Rocha & Nunes, 2021). Existem, inclusivamente, estudos que associam o excessivo tempo de ecrãs com Perturbação da atividade e défice de atenção (PHDA).

Encontram-se associados à exposição excessiva de dispositivos eletrónicos alterações de visão, nomeadamente, visão turva, olhos secos e cansados e desenvolvimento de miopia (Lissak, 2018).

As deformações músculo-esqueléticas, alterações da postura e diminuição da densidade óssea são, também, já associadas ao tempo de exposição a ecrãs devido à inclinação da cabeça e movimentos repetitivos do punho e braço associados a videojogos por exemplo (Lissak, 2018).

O tempo de utilização dos dispositivos, o conteúdo assistido e o uso de dispositivos imediatamente antes de dormir são os principais fatores causadores de alterações no sono associadas a alterações fisiológicas como o aumento das hormonas de stress, afetando a qualidade do sono, atraso na hora de adormecer, diminuição do número de horas de sono e fadiga diurna. Um estudo de Falbe et al. (2015) indicou que crianças que dormiram próximas de dispositivos eletrónicos pequenos descreveram ter tido menos tempo de sono e perceção de que o sono não foi reparador. Outros investigadores, reportam que o atraso na hora de deitar e a redução do número de horas de sono se deve à exposição a ecrãs no quarto. Por este motivo, as recomendações da OMS são de que seja evitada a exposição a ecrãs pelo menos uma hora antes de dormir. Para além disto, a AAP, AAPCA e SPC sugerem a existência de tempo “media-free”, ou seja, locais da casa onde os ecrãs estejam desligados e de divisões onde não existam dispositivos eletrónicos, especialmente, o quarto. Da mesma forma, aconselham que o momento das refeições e da leitura seja sem ecrãs (Rafael, et al., 2020).

Autores defendem que as crianças que seguem as recomendações sobre o tempo de exposição a ecrãs, apresentam padrões alimentares mais saudáveis, com maior ingestão de fruta e legumes (Rocha & Nunes, 2021). Pois, associando padrão e publicidade alimentar indevidas, problemas de sono e aumento do sedentarismo e conseqüente diminuição (ou inexistência) de atividade física à utilização excessiva de dispositivos conduzirá à obesidade. Referem, também, associação com hipertensão arterial, síndrome metabólico, risco carcinogénico e infertilidade (Lissak, 2018).

A saúde mental agregada à excessiva exposição aos ecrãs é de cada vez mais interesse e preocupação. Têm sido associados problemas comportamentais, incapacidade de autorregulação, mudanças de humor súbitas, irritabilidade, PHDA, distúrbios alimentares, baixa autoestima, sintomas depressivos como comportamentos suicidários relacionados com a utilização excessiva

de telemóvel, particularmente, o envio de mensagens antes de dormir e o receio de não as receber (Rafael, et al., 2020). Concomitantemente, verificam-se comportamentos de vício e adição (Lissak, 2018). As novas tecnologias apresentam diversos riscos, tais como, o *cyberbullying*, a pornografia, o sexting, o *selftracking*, a internet das coisas, a reputação na rede, o discurso de ódio e o extremismo (Ponte & Batista, 2019).

O papel dos pais como modelo comportamental é fundamental uma vez que as crianças mimetizam os comportamentos de tempo de ecrã dos pais. O tempo de exposição dos pais é diretamente proporcional ao tempo de exposição das crianças, logo, se os pais reduzirem a utilização de dispositivos, o impacto no comportamento de exposição aos ecrãs pelos filhos será positivo. A AAP refere que os pais que passam mais tempo em dispositivos eletrónicos têm menor interação verbal e não-verbal com os filhos e que isto está intimamente ligado a um maior risco de conflito entre ambos (Parente, et al., 2020).

Neste sentido a Direção Geral de Saúde no seu documento de *“Recomendações para um estilo de vida saudável”* delineou recomendações para os pais de modo a que a utilização de dispositivos seja efetuada de forma segura de forma e a favorecer a autonomia e a resolução de problemas. Por outro lado, a instituição de regras demasiado restritivas podem limitar a oportunidades de aprendizagem (Direção-Geral da Saúde, 2022). As indicações são:

- O tempo de ecrã (tempo passado a ver televisão, em frente ao computador ou no telemóvel/tablet) não deve ser promovido em caso de crianças com menos de 2 anos;
- A televisão e os dispositivos eletrónicos ligados à internet devem ficar fora do quarto das crianças. A sua utilização deve ser evitada uma hora antes do momento de ir dormir;
- As regras devem ser razoáveis, mas firmes. A família deve ser o exemplo e adequar o seu próprio tempo de ecrã na presença da criança;
- Evitar o uso dos ecrãs como recompensa (ou consequência), pois poderá promover a supervalorização dos mesmos pela criança/jovem;
- O acompanhamento da criança na navegação pela internet, principalmente em idades mais precoces, é fundamental para capacitar e promover a utilização segura;
- Incentivar a leitura crítica dos conteúdos - nem tudo o que está na internet é verdadeiro;
- Estabelecer critérios na escolha dos jogos, aplicações e sites, de acordo com a faixa etária, os interesses e as necessidades da criança;
- Estabelecer regras e limites nas definições de segurança e privacidade ao instalar qualquer aplicação ou jogo (ex.: desativar janelas de conversação, desativar localização, tornar a conta privada);
- Orientar as crianças no sentido de não partilharem dados pessoais e não terem comportamentos inadequados;

- Alertar para os riscos associados à utilização das redes sociais (partilha de dados pessoais, roubo de identidade, o *cyberbullying* ...). Para saber mais sobre a utilização segura, pode consultar: <http://janela-abertafamilia.minsaude.pt/videos/seguranca-riscosda-internet>; <https://www.internetsegura.pt/RiscosComportamentoslinhainternetsegura@apav.pt> ; Linha Internet Segura (Número 800 21 90 90) ; *Digital Parenting* (<https://www.parents.parentzone.org.uk/>)
- As ferramentas de controlo parental podem ajudar a tomar decisões mais seguras na orientação e acompanhamento das crianças/adolescentes na utilização de dispositivos com ligação à internet. Pode consultar mais sobre estas ferramentas, por exemplo: *Google Family Link, Apple Screen Time, Family Locator, Kaspersky Safe Kids, Qustodio Parental Control, Youtube Kids, Our Pact.*

Formulação de Objetivos

Somente os objetivos indicam os resultados que se pretendem atingir, como tal, a formulação dos mesmos é fundamental na realização de uma ação de educação para a saúde.

A população-alvo são os pais/encarregados de educação/tutores das crianças.

- Objetivos Gerais:
 - Dotar os pais/encarregados de educação/tutores de conhecimentos sobre o tempo de exposição a ecrãs/dispositivos eletrónicos.
- Objetivos Específicos

No final desta sessão pretende-se que os pais/encarregados de educação/tutores sejam capazes de:

- Indicar o tempo que as crianças, por faixa etária, podem estar expostas a ecrãs segundo as orientações da OMS;
- Indicar, pelo menos, duas vantagens da utilização de dispositivos eletrónicos;
- Indicar, pelo menos, duas desvantagens da utilização de dispositivos eletrónicos;
- Indicar o tempo que uma criança deve permanecer antes de dormir sem exposição a ecrãs;
- Indicar recomendações aos pais sobre utilização de dispositivos eletrónicos
- Indicar, pelo menos, uma aplicação de controlo parental;
- Identificar pelo menos um site onde pesquisar informação fidedigna e esclarecimento sobre a temática.

Seleção e Organização de Conteúdos

Os conteúdos que serão elaborados na apresentação serão:

- Tempo de exposição a ecrãs – orientações da OMS, AAP, AAPCA e SCP;
- Vantagens da utilização de dispositivos eletrónicos;
- Desvantagens da utilização de dispositivos eletrónicos;
- Recomendações aos pais sobre utilização de dispositivos eletrónicos;
- Aplicações de apoio parental: Family Link, Family Locator, Kaspersky Safe Kids, Qustodio Parental Control, Youtube Kids, Our Pact,
- Local pesquisa de informação fidedigna e esclarecimento sobre a temática: Family Media Plan (<https://healthychildren.org/English/fmp/Pages/MediaPlan.aspx>), Digital Parenting (<https://www.parents.parentzone.org.uk/>), Linha Internet Segura (Número 800 21 90 90) e linhainternetsegura@apav.pt.

Seleção e Organização de Estratégias de Ensino / Aprendizagem

A metodologia utilizada será o método expositivo com auxílio de meio de ensino e aprendizagem de um Projetor Multimédia (ver Anexo II – Diapositivos da AES)..

Aquando da realização dos diapositivos e tendo em conta que não temos informações prévias da população alvo no que diz respeito a habilitações literárias, tive em consideração o facto de estes conterem informação sucinta e clara, recorrendo a exemplos orais para uma melhor compreensão por parte da população alvo.

Formadores: Alexandra Teixeira estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, sob orientação da [REDACTED]

Tema: *Visões de Empoderamento Digital*

Grupo alvo: Pais/Encarregados de educação/Tutores

Data e Hora: 28 de fevereiro às 18h30

Local: [REDACTED]

Duração: 65 minutos

Objetivo Geral: Dotar os pais/encarregados de educação/tutores de conhecimentos sobre o tempo de exposição a ecrãs/dispositivos eletrónicos.

Objetivos Específicos:

- Indicar o tempo que uma criança, por faixa etária, pode estar exposta a ecrãs segundo as orientações da OMS;

<ul style="list-style-type: none"> • Indicar, pelo menos, duas vantagens da utilização de dispositivos eletrónicos; • Indicar, pelo menos, duas desvantagens da utilização de dispositivos eletrónicos; • Indicar o tempo que uma criança deve permanecer antes de dormir sem exposição a ecrãs; • Indicar, pelo menos, uma aplicação de controlo parental; • Identificar pelo menos um site onde pesquisar informação fidedigna e esclarecimento sobre a temática. 			
Fases/ tempo	Conteúdo	Metodologia	Avaliação
Introdução 10 minutos	Apresentação pessoal dos formadores e do tema. Avaliação diagnóstica Colocar questões de forma a promover o diálogo	Utilização do método afirmativo – participativo com o auxílio da técnica da exposição (projeção de diapositivos em Power Point)	Questionário pré-sessão Com Resposta às perguntas fechadas e resposta curta
Desenvolvimento 40 minutos	Os conteúdos que serão elaborados na apresentação serão: <ul style="list-style-type: none"> • Tempo de exposição a ecrãs – orientações da OMS, AAP, AAPCA e SCP; • Vantagens da utilização de dispositivos eletrónicos; • Desvantagens da utilização de dispositivos eletrónicos; • Recomendações aos pais sobre utilização de dispositivos eletrónicos; • Aplicações de apoio parental: Family Link, Family Locator, Kaspersky Safe Kids, Qustodio Parental Control, Youtube Kids, Our Pact, • Local pesquisa de informação fidedigna e esclarecimento sobre a temática: Family Media Plan (https://healthychildren.org/English/fmp/) 	Utilização do método afirmativo - participativo com o auxílio da técnica da exposição e demonstração (projeção de slides em Power-Point)	

	Pages/MediaPlan.aspx), Digital Parenting (https://www.parents.parentzone.org.uk/), Linha Internet Segura (Número 800 21 90 90) e linhainternetsegura@apav.pt .		
Conclusão 15 minutos	Resumo das ideias principais Abertura à participação e ao esclarecimento de dúvidas Bibliografia Avaliação imediata	Utilização do método afirmativo – participativo com o auxílio da projeção de slides e observação de um vídeo) Motivação para o diálogo	Questionário pós-sessão Resposta às perguntas fechadas e resposta curta

Seleção e Organização de Estratégias de Avaliação

A avaliação diz respeito a um momento primordial. É uma forma de analisar se os objetivos inicialmente propostos foram alcançados. É pertinente que seja igualmente um momento de reflexão sobre o trabalho efetuado e sobre a necessidade de alterações futuras.

A avaliação desta ação de educação será efetuada com recurso a um questionário que será aplicado no início e no final da sessão a fim de verificar se houve ganhos em saúde (Anexo III – Questionário diagnóstico e final). De referir que este método de avaliação se prende com o facto de, segundo a Diretora Técnica, ser complicado pedir aos pais que se deslocassem duas vezes ao local para efetuar avaliação anterior à ação de educação. Deste modo, considerarei que este método seria o mais rápido simples e objetivo.

A avaliação desta ação de formação será realizada por indicadores de processo e indicadores de resultado que passo a apresentar.

Indicadores de Processo:

- % de respostas corretas no questionário diagnóstico

Indicadores de Resultado:

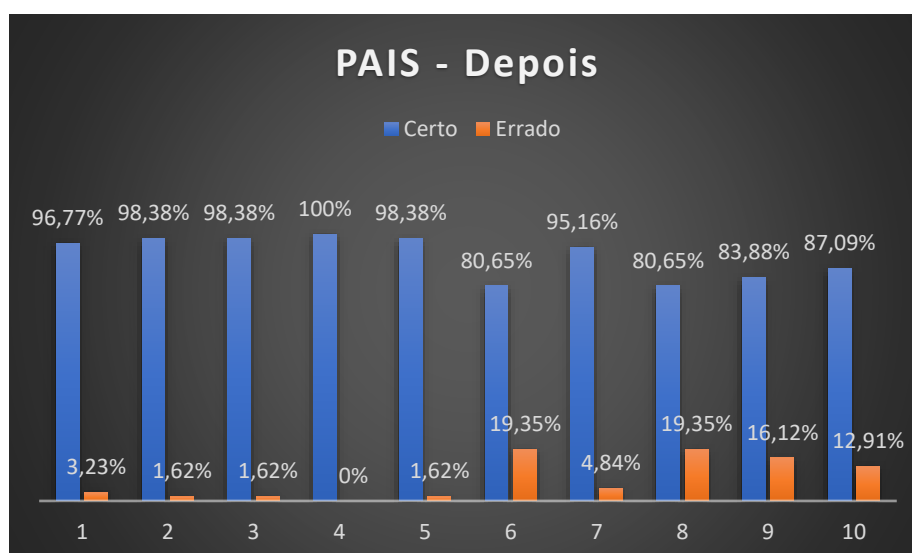
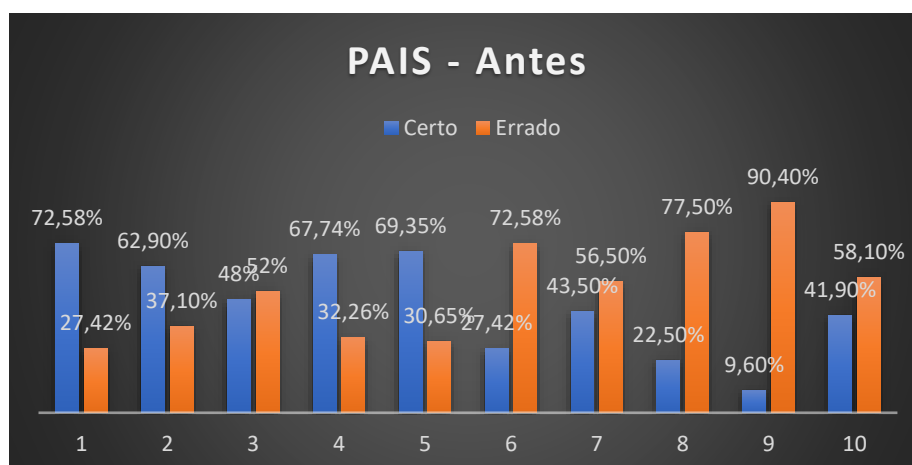
- % de respostas corretas no questionário final

Avaliação

Estiveram presentes na AES 62 pais/encarregados de educação o que considero ter sido uma ótima adesão.

Todos os formandos presentes responderam ao questionário diagnóstico e ao questionário final.

Relativamente aos conhecimentos demonstrados antes e no final da formação, estes estão patentes nos seguintes gráficos, respetivamente:



Da análise do gráfico, pode constatar-se que a grande maioria das questões foi respondida corretamente, apenas as questões 6, 8, 9 e 10 causaram mais dúvidas. Os resultados

obtidos permitem inferir que a maioria dos conhecimentos veiculados na formação foram adquiridos de forma muito satisfatória.

Conclusão

Os dispositivos eletrónicos fazem parte do dia-a-dia de qualquer família. Este aumento significativo na disponibilidade de dispositivos eletrónicos de ecrã resultou no aumento da sua utilização por crianças e jovens.

A era digital oferece benefícios como as infinitas possibilidades de informação, mas a utilização excessiva e descontrolada pode ter resultados negativos no desenvolvimento infantil, distúrbios de sono e alimentares, problemas de visão e postura, além de causar dificuldades de relacionamento interpessoal e de interação social, assim como no desempenho escolar.

Por se constatar que, apesar dos benefícios, os prejuízos se sobrepõem, entidades como OMS e AAP lançaram recomendações, que em tudo são muito semelhantes, sobre o tempo de utilização recomendado de dispositivos eletrónicos.

Considero por isso imperioso, que os pais e responsáveis tenham conhecimento destas recomendações, estejam atentos ao tempo que as suas crianças passam em frente dos ecrãs, que a utilização dos dispositivos pelas crianças (principalmente as mais pequenas) seja com supervisão e acompanhamento parental, promovendo o uso saudável das tecnologias, dando prioridade a conteúdos educativos e adequados ao estágio de desenvolvimento, mas privilegiando, essencialmente, brincadeiras em família e ao ar livre. A maioria dos pais deseja que os conteúdos sejam educativos e apropriados para a idade dos seus filhos, no entanto, muitos pais não parece perceber os efeitos nefastos que o uso excessivo dos ecrãs pode ter.

Considero também fundamental, que as escolas e profissionais de saúde desenvolvam programas de consciencialização e educação sobre a utilização responsável de dispositivos. É necessário um esforço conjunto da sociedade em geral para garantir que as crianças e jovens usufruam dos benefícios da tecnologia sem que isso comprometa a sua saúde.

Este planeamento foi fundamental para a minha prática pedagógica, mas também profissional, tanto no presente quanto no futuro. Por um lado, o planeamento em saúde é fundamental, pois ajuda a gerir recursos com eficiência, a refletir sobre a temática de forma crítica e a alcançar com maior sucesso os objetivos estabelecidos. Por outro lado, acredito que, ao adotar uma abordagem centrada na família, tenho as ferramentas necessárias para desempenhar de forma eficaz a deteção precoce de perturbações, a sensibilização para situações de risco e a criação de momentos que facilitem a aquisição de conhecimentos e capacidades facilitadores do desenvolvimento e potenciadores de saúde. O envolvimento ativo da criança/jovem e da família é crucial para o sucesso dos cuidados de enfermagem e para alcançar melhorias significativas na saúde.

O EESIP desempenha um papel fundamental na partilha de informações e conhecimentos, no desenvolvimento de habilidades e capacidades, visando melhorar a saúde de forma constante e

duradoura. A prevenção e educação são fundamentais para garantir um equilíbrio saudável entre a “*vida tecnológica*” e a “*vida real*” das nossas crianças e jovens.

Referências bibliográficas

- Beco, A., Vieira, B., Gaspar, C., Costa, F. R., Soares, G., Aparício, L., . . . Teixeira, S. (2016). *Geração Virtual: Infância Perdida entre ecrãs*.
- Diário da República. (22 de junho de 2015). Diário da República, 2.^a série — N.º 119 .
Regulamento n.º 351/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados. Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. *Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série)*. Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Recomendações para um estilo de vida saudável e seguro*. Portugal.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª Edição)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Lissak, G. (27 de fevereiro de 2018). Environmental research, 164. *Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: Literature review and case study*, pp. 149–157.
- Parente, N. M., Costa, A. E., Matos, A. P., Duarte, C. B., Freitas, C., Mota, D., . . . Martins, M. S. (23 de dezembro de 2020). *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 36(6). *Utilização dos aparelhos digitais em crianças com idade entre os 12 meses e os 5 anos*, pp. 453–68.
- Ponte, C., & Batista, S. (fevereiro de 2019). EU Kids e NOVA FCSH. *EU Kids Online Portugal. Usos, competências, riscos e mediações da internet reportados por crianças e jovens (9-17 anos)*.
- Póvoas, M., Castro, T., Mateus, A. M., Costa, M., Escária, A., & Miranda, C. (2013). *Portuguese Journal of Pediatrics* (44). *O brincar da criança em idade pré-escolar*, pp. 108-112.
- Rafael, A., Gouveia, M., Fernandes, A., Costa, A., Melo, S., Borges, S., . . . Mendes, G. (27 de novembro de 2020). *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(2). *Exposição a “Tempo de Ecrã” e Psicopatologia na Infância*, pp. 54-66.
- Reid Chassiakos, Y., Radesky, J., Christakis, D., & al, e. (Novembro de 2016). *PEDIATRICS* Volume 138 , number 5. *AAP COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. Children and Adolescents and Digital Media*.
- Rocha, B. M., & Nunes, M. C. (7 de julho de 2021). *Revista Multidisciplinar*, 4(1). *O uso de dispositivos eletrónicos por crianças dos 0 aos 5 anos de idade*, pp. 5 - 13.
- Rocha, M., Bezerra, R., Gomes, L., Mendes, A., & Lucena, A. (21 de março de 2022). *Research, Society and Development*, v. 11, n. 4. *Consequências do uso excessivo de telas para a saúde infantil: uma revisão integrativa da literatura*, pp. 1-10.

Apêndices

Apêndice I – Poster de Convite aos Pais/Encarregados de Educação



Apêndice II - Diapositivos da AES

Visões de Empoderamento Digital

1

2

BENEFÍCIOS DO USO DE DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS DE TELA

3

4

MALEFÍCIOS DO USO DE DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS DE TELA

5

6

ALTERAÇÕES NA VISÃO

7

PERMANÊNCIAS DO OSSO

8

9

ALTERAÇÕES ALIMENTARES

10

Anorexia, Bulimia

11

CRIBRISMO

12

13

14

RISCOS DAS NOVAS TECNOLOGIAS

15

16

ENTÃO, SEGUINDO A OMS...

17

FOUR

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

Intervención para el desarrollo de la lectura

El cerebro humano es capaz de aprender a leer a partir de los 3 años de edad. Este proceso implica la activación de áreas específicas del cerebro, como la corteza visual y la corteza motora, que se desarrollan a lo largo de la vida.

Objetivos de la intervención:

- Desarrollar la conciencia fonológica.
- Mejorar la comprensión lectora.
- Fomentar el hábito de la lectura.

19

El desarrollo de la lectura y el lenguaje en el niño

El desarrollo de la lectura y el lenguaje en el niño es un proceso complejo que implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y ambientales. La lectura temprana puede tener un impacto positivo en el desarrollo del lenguaje y la comprensión lectora.

20

El desarrollo de la lectura y el lenguaje en el niño

El desarrollo de la lectura y el lenguaje en el niño es un proceso complejo que implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y ambientales. La lectura temprana puede tener un impacto positivo en el desarrollo del lenguaje y la comprensión lectora.

21

El desarrollo de la lectura y el lenguaje en el niño

El desarrollo de la lectura y el lenguaje en el niño es un proceso complejo que implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y ambientales. La lectura temprana puede tener un impacto positivo en el desarrollo del lenguaje y la comprensión lectora.

22

El desarrollo de la lectura y el lenguaje en el niño

El desarrollo de la lectura y el lenguaje en el niño es un proceso complejo que implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y ambientales. La lectura temprana puede tener un impacto positivo en el desarrollo del lenguaje y la comprensión lectora.

23

El desarrollo de la lectura y el lenguaje en el niño

El desarrollo de la lectura y el lenguaje en el niño es un proceso complejo que implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y ambientales. La lectura temprana puede tener un impacto positivo en el desarrollo del lenguaje y la comprensión lectora.

24

El desarrollo de la lectura y el lenguaje en el niño

El desarrollo de la lectura y el lenguaje en el niño es un proceso complejo que implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y ambientales. La lectura temprana puede tener un impacto positivo en el desarrollo del lenguaje y la comprensión lectora.

25

El desarrollo de la lectura y el lenguaje en el niño

El desarrollo de la lectura y el lenguaje en el niño es un proceso complejo que implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y ambientales. La lectura temprana puede tener un impacto positivo en el desarrollo del lenguaje y la comprensión lectora.

26

BIBLIOGRAFIA

Lista de referencias bibliográficas utilizadas en el trabajo.

27

Obrigada!!!

Un bebé con un casco espacial está leyendo un libro, simbolizando el amor por la lectura desde la infancia.

Apêndice III – Questionário diagnóstico e final



Caro Encarregado de Educação

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. Encontro-me a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] e irei efetuar uma Ação de Educação para a Saúde e para que esta seja produtiva necessito perceber os vossos hábitos familiares, de forma a compreender as vossas necessidades. Não existem respostas certas ou erradas nem serão efetuados juízos de valor, por isso, peço a vossa sinceridade. A forma de resposta é Verdadeiro e Falso e apenas duas questões de resposta curta. O questionário respeita todos os princípios de anonimato, confidencialidade e voluntariedade. Os dados não serão utilizados para qualquer outra finalidade para além da enunciada, garantindo-se que qualquer divulgação dos resultados será realizada de forma global. Agradeço a participação!

Entenda que onde me refiro a ecrãs ou dispositivos eletrónicos, é o mesmo que o uso de televisão, telemóveis, tablets, computadores e a sua utilização poderá ser em simultâneo ou individualmente.

1. Os ecrãs podem ser vistos como uma extensão da brincadeira (livros de colorir) e dos estudos (jogos didáticos). V / F
2. A utilização de ecrãs pode prejudicar o desenvolvimento das crianças. V / F
3. Maus resultados escolares nas crianças poderão estar relacionados com o uso de ecrãs. V / F
4. As crianças podem ver um curto tempo ecrãs antes de dormir. V / F
5. As crianças de 1 ano de idade podem assistir a 1 hora e 30 minutos de ecrãs ao longo do dia. V / F
6. As crianças com 3 anos de idade podem assistir a 2 horas de ecrãs ao longo do dia. V / F
7. As crianças com 8 anos de idade podem assistir a 3 horas de ecrã por dia. V / F
8. A destreza de movimentos finos é uma vantagem dos ecrãs touch V / F
9. Conheço sites fidedignos onde me possa esclarecer sobre este tema. V / F
Se sim refira um _____
10. Conheço e utilizo ferramentas de controlo parental. V / F
Se sim refira uma? _____

7.2 Apêndice II – *Efeitos negativos da exposição a ecrã em crianças em idade pré-escolar*

Efeitos negativos da exposição a ecrãs em crianças em idade pré-escolar: Revisão Integrativa da Literatura

Negative effects of screen time exposure in preschool children: Integrative Literature Review

Alexandra Teixeira^{1,2}, Constança Festas^{3,4}.

(1) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), Estudante Mestrado em Enfermagem, Porto, Portugal / Universidade Católica Portuguesa, School of Nursing (Porto), / Master in Nursing Student, Porto, Portugal.

(2) Enfermeira Serviço de Pediatria do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães.

(3) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto) / Universidade Católica Portuguesa, School of Nursing (Porto), Porto, Portugal

(4) Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde / Universidade Católica Portuguesa, Centre for Interdisciplinary Research in Health, Portugal

Resumo

Introdução: Na era digital em que nos encontramos, a exposição aos ecrãs tem-se tornado uma realidade cada vez mais presente na vida das crianças em idade pré-escolar. Com a disponibilidade de dispositivos eletrónicos e o acesso facilitado e cada vez mais precoce, tem-se observado um aumento significativo no tempo em que as crianças passam em frente aos ecrãs (Li, Cheng, Sha, Cheng, & Yan, “The Relationships between Screen Use and Health Indicators among Infants, Toddlers, and Preschoolers: A Meta-Analysis and Systematic Review”, 2020). Essa exposição crescente tem suscitado preocupações sobre os efeitos negativos que podem advir e causar na saúde das crianças.

Objetivo: Identificar os efeitos negativos da exposição a ecrãs em crianças em idade pré-escolar.

Metodologia: A partir da questão de investigação “*Quais os efeitos negativos da exposição a ecrãs em crianças em idade pré-escolar?*” foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura. O motor de busca foi a *EBSCO* e os fornecedores de conteúdos de evidência científica foram as bases de dados, eBook Index, Complementary Index, MEDLINE Complete, Academic Search Complete, CINAHL Complete, EBSCOhost, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Source Index e MedicLatina no dia 25 do mês de março de 2024. Para seleção das publicações encontradas, definiram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos com texto integral disponível online, analisado pelos pares, publicados nos últimos cinco anos (2019 a 2024), redigidos em inglês e português. Como critério de exclusão definiu-se artigos relacionados com a pandemia Covid-19. Após a leitura do título/resumo e posteriormente a leitura integral de 12 artigos, 6 foram considerados na revisão.

Resultados e Discussão: A Organização Mundial de Saúde recomenda que crianças abaixo dos 5 anos de idade devam ter tempo de ecrã máximo de 1 hora por dia, mas a exposição excessiva e inadequada tem aumentado cada vez mais cedo (Li, Cheng, Sha, Cheng, & Yan, “The Relationships between Screen Use and Health Indicators among Infants, Toddlers, and Preschoolers: A Meta-Analysis and Systematic Review”, 2020). O tempo de ecrã apresenta efeitos negativos comprovados, com os estudos a considerarem diversos fatores de risco e variáveis estando a maioria dos artigos concordantes entre si. Os estudos analisados revelaram que crianças que passavam mais horas por dia de tempo de ecrã tinham maior probabilidade de apresentar problemas de comportamento externalizantes e sintomas de desatenção, sendo também mais propensas a atender aos critérios para perturbação de hiperatividade e défice de atenção (Tamana, et al., 2019). Da mesma forma, tendem a sofrer mais de síndrome de abstinência e problemas do espectro do autismo (Suleman M. , Sughra, Riaz, & Akbar, 2022). Por outro lado, um maior controlo esforçado foi associado a menos tempo de ecrã, ou seja, crianças que apresentam maior capacidade de suprimir respostas inadequadas, melhor autorregulação e maior capacidade em manter o foco nas atividades relacionadas a tarefas. Não foi, no

entanto, encontrada associação significativa entre stress a longo prazo pela quantificação da concentração de cortisol capilar e tempo de ecrã (Leppänen, et al., 2020). A exposição a conteúdos violentos ou inadequados pode levar a problemas de atenção e comportamentos agressivos, incluindo bullying. A relação entre tempo de ecrã e problemas de comportamento foi moderada pela duração do sono, assim como a relação entre tempo de ecrã e problemas externalizantes. Logo, o aumento do tempo de ecrã e redução da duração do sono pode ser especialmente prejudicial para a saúde mental das crianças (Kahn, et al., Sleep, screen time and behaviour problems in preschool children: an actigraphy study, 2020). Além disso, o tempo de ecrã está associado a perturbações do sono. O sono registado em actigrafia mostrou que a duração, o *timing* e a eficiência da duração do sono estão associados a tempo de ecrã, tal como em outro estudo que relata cansaço durante o dia, dificuldade em adormecer, em permanecer a dormir e pior qualidade de sono (Kahn, et al., Sleep, screen time and behaviour problems in preschool children: an actigraphy study, 2020) (Waller, et al., Screen Time use impacts low-income preschool children's sleep quality, tiredness and hability to fall asleep", 2021). Outros achados incluíram a associação do tempo de ecrã com sobrepeso/obesidade e alterações no desenvolvimento motor pelo sedentarismo com diminuição do tempo disponível para atividades físicas

Conclusão: O tempo de ecrã em crianças em idade pré-escolar está relacionado a problemas mentais, físicos e psicossociais. O tempo excessivo de ecrã está relacionado com comportamentos externalizantes, sintomas de desatenção, propensão a ter critérios de transtorno do défice de atenção e hiperatividade e problemas do espectro do autismo, síndrome de abstinência, problemas de autorregulação, perturbações do sono, excesso de peso/obesidade e alterações do desenvolvimento motor. Nesta idade é particularmente importante estabelecer hábitos saudáveis para prevenir problemas futuros relacionados com o tempo de ecrã. Promover habilidades de autorregulação gerais pode ser eficaz na redução do tempo de ecrã.

Palavras-chave: *tempo de exposição a ecrãs*; pré-escolar; crianças; impactos; problemas.

Abstract

Background: In the digital age in which we find ourselves, exposure to screens has become an increasingly present reality in the lives of preschool children. With the accessibility to electronic devices, there has been a significant increase in the time children spent on screens. This increasing exposure has raised concerns about the negative effects it may have on children's health.

Objective: Identify the negative effects of screen time on preschool children.

Methods: Based on the research question “What are the negative effects of screen time on preschool children?” an Integrative Literature Review was carried out. EBSCO was used as searching engine and the scientific evidence content providers were the databases, eBook Index, Complementary Index, MEDLINE Complete, Academic Search Complete, CINAHL Complete, EBSCOhost, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Source Index and MedicLatina on the 25th of March 2024. The selection of the publications found followed the next inclusion criteria: articles with full text available online, analyzed by peers, published in the last five years (2019 to 2024), written in English and Portuguese. As an exclusion criteria, articles related to the Covid-19 pandemic were defined. After reading the title/abstract and subsequently reading the full text of 12 articles, 6 were considered in the review.

Results and Discussion: The World Health Organization recommends a maximum screen time of 1 hour per day under 5 years old children, but excessive and inappropriate exposure is increasing at a progressively younger age. Screen time has proven negative effects, with studies considering several risk factors and variables, in which most articles agree with each other. The studies analyzed revealed that children who spent more hours per day using screens were more likely to present externalizing behavior problems and symptoms of inattention and were also more likely to meet the criteria for attention deficit hyperactivity disorder. Likewise, they tend to suffer more from withdrawal syndrome and autism spectrum problems. On the other hand, greater control effort was associated with less screen time, that is, children who have a greater ability to suppress inappropriate responses, better self-regulation and a greater ability to maintain focus on task-related activities. However, no significant association was found between long-term stress by

quantifying capillary cortisol concentration and screen time. Exposure to violent or inappropriate content can lead to attention problems and aggressive behavior, including bullying. The relationship between screen time and behavior problems was moderated by sleep duration, as the relationship between screen time and externalizing problems. Therefore, increased screen time and reduced sleep duration can be especially harmful to children's mental health. Additionally, screen time is associated with sleep disturbances. Sleep recorded on actigraphy showed that the duration, timing, and efficiency of sleep duration are associated with screen time, as in another study that reports tiredness during the day, difficulty falling asleep, staying asleep and worse quality of sleep. Other findings included the association between screen time with overweight/obesity and changes in motor development due to an inactive lifestyle with a decrease in time availability for physical activities.

Conclusion: Screen time on preschool children is linked to mental, physical and psychosocial problems. Excessive screen time is related to externalizing behaviors, symptoms of inattention, tendency to attention deficit hyperactivity disorder criteria and autism spectrum problems, withdrawal syndrome, self-regulation problems, sleep disorders, overweight/ obesity and changes in motor development. At this age, it is particularly important to establish healthy habits to prevent future problems related to screen time. Promoting general self-regulation skills can be effective in reducing screen time.

Keywords: screen time exposure; preschool; children; impacts; problems.

SIGLAS

AAP- Academia Americana de Pediatria

AAPCA – Associação Americana de Psiquiatria da Criança e Adolescente

CBCL- Lista de Verificação de Comportamento Infantil

CCC – Concentração de Cortisol Capilar

CHILD – The Canadian Healthy Infant Longitudinal Development

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHDA- Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

SPC – Sociedade de Pediatria Canadiana

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas houve um aumento significativo na disponibilidade de dispositivos eletrónicos de ecrã. Dispositivos como televisão, telemóvel, *tablet* e computador são amplamente adotados na sociedade atual, fazendo parte do quotidiano de qualquer família (Rafael, et al., 2020).

As crianças e adolescentes, hodiernamente batizados de “*digital natives*”, estão a crescer numa sociedade em que a tecnologia moderna é uma parte essencial das suas vidas diárias pelo que o avanço tecnológico, o aumento do marketing, o uso massificado pela sociedade em geral e a facilidade com que têm acesso a estes dispositivos, aliado ao facto de serem um meio de acesso a informação e entretenimento, faz com que as crianças/jovens estejam expostos a ecrãs desde muito cedo (Rafael, et al., 2020).

Diante desta nova situação, surgiu o termo “*tempo de ecrã*” que se refere ao tempo passado em exposição a estes dispositivos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o “*tempo de ecrã*” é definido como o tempo gasto de forma passiva a assistir a conteúdos de entretenimento em ecrãs, excluindo jogos ativos onde é necessária atividade física ou movimento (World Health Organization, 2019).

Os riscos associados ao uso de dispositivos de ecrã, como tempo excessivo de ecrã, conteúdos não educativos, inexistência de regras para a sua utilização e o início precoce do seu uso tem potenciais efeitos nefastos na saúde infantil e juvenil (Yalçin, et al., 2021). A exposição excessiva e problemática a ecrãs está associada a vários riscos de saúde, sendo por isso, e cada vez mais, objeto de estudo para a comunidade científica.

Um estudo realizado em Portugal, por (Póvoas, et al., 2013), afirma que 54,3% das crianças tinham um *tempo de ecrã* diário superior a duas horas. Da mesma forma, Canada e Heelan citados por (Rafael, et al., 2020), afirmam que crianças entre os dois e os sete anos do Canadá, Estados Unidos da América e Austrália passam até sete horas por dia em *tempo de ecrã*.

Nesta era tecnológica sem limites informativos o aumento da exposição a ecrãs levantou e continua a levantar preocupações sobre os efeitos negativos desta realidade que podem afetar a saúde e desenvolvimento das crianças no seu todo.

Uma das consequências do tempo de ecrã excessivo é a obesidade. O tempo excessivo de ecrã apresenta uma correlação positiva com a obesidade especialmente em crianças mais velhas. Segundo Zhang et al citado por (Priftis & Panagiotakos, 2023), o risco de obesidade aumenta 13% por cada hora a mais de tempo de ecrã por dia. O tempo de ecrã pode influenciar os sinais de saciedade (especialmente por comer em frente a um ecrã) e o controlo da ingestão alimentar habitual, levando a uma maior ingestão calórica. O aumento da ingestão calórica pode ocorrer por consumo de alimentos inadequados e pela visualização de anúncios. O tempo de ecrã não afeta só o peso corporal, mas também os níveis de adiposidade. Da mesma forma, o tempo de ecrã encontra-se relacionado com a pouca (ou inexistente) atividade física, fator intrinsecamente ligado à obesidade. Pode também afetar o comportamento alimentar levando a transtornos alimentares (Priftis & Panagiotakos, 2023).

Segundo (Priftis & Panagiotakos, 2023) vários investigadores defendem que o uso excessivo de ecrãs afeta o sistema cardiovascular podendo inclusivamente levar a resistência à insulina, redução moderada da dose de colesterol HDL, bem como ser um fator de risco para a resistência cardiorrespiratório. Associação a síndrome metabólico, risco de carcinogénico e de infertilidade são citados por (Rafael, et al., 2020). Pendersen et al. são citados por Priftis & Panagiotakos (2023) por terem relacionado o tempo de ecrã antes de dormir com a pressão arterial elevada.

Outra área que tem merecido cada vez mais relevo pela comunidade científica é a saúde mental e a sua relação com tempo de ecrã. Sintomas internalizantes como a ansiedade e depressão, e externalizantes como a perturbação de hiperatividade e défice de atenção e problemas comportamentais (como a agressividade), e baixa autoestima, têm sido associados ao excessivo uso de ecrã (Priftis & Panagiotakos, 2023). Zink et al. citado por Priftis & Panagiotakos (2023) relataram que mais de quatro horas diárias de exposição à televisão conduziram a sintomas de transtorno de pânico e mais de quatro horas de computador ou videojogos conduziram a sintomas de ansiedade e fobia social. Tamana et al. citados por Priftis & Panagiotakos (2023) documentaram que crianças com três ou cinco anos que estiveram mais de duas horas expostas a ecrãs, aos cinco anos desenvolveram mais problemas externalizantes. Afirmações corroboradas em 2021 pelo

estudo de Khan et al. citado por (Priftis & Panagiotakos (2023) que referem que crianças entre os três e seis anos que não dormiam e que se encontravam expostas mais de duas horas por dia a ecrãs, apresentavam problemas de externalização. A dependência dos telemóveis, a constante troca de mensagens de texto e a preocupação excessiva de não as receber, sobretudo antes de dormir, estão associados a comportamentos suicidários e parassuicidários (Rafael, et al., 2020).

Vários investigadores identificaram efeitos do tempo de ecrã no desenvolvimento de crianças e jovens, nomeadamente, os seus efeitos negativos. Priftis & Panagiotakos (2023) cita Pagani et al. que afirmam que a exposição excessiva a ecrãs por crianças de vinte e nove meses prejudica a capacidade destas se adaptarem à creche, pois afeta o desenvolvimento do vocabulário, das habilidades numéricas e motoras e o envolvimento na sala de aula. De igual modo, Sugiyama et al. citado por Priftis & Panagiotakos (2023) evidenciaram que mais de uma hora de ecrãs em crianças de trinta e dois meses conduziu a défices comunicacionais e de atividades de vida diária, no entanto, brincar ao ar livre funciona como regulador dessa associação. O desempenho escolar e a atenção nas aulas também são influenciados, assim como, habilidades linguísticas, relacionais, pessoais, interpessoais e do desenvolvimento físico e motor (Priftis & Panagiotakos, 2023). Quando as crianças ficam expostas a ecrãs, elas não interagem verbalmente, facto que normalmente ajuda na comunicação e na aprendizagem da linguagem, e esse tempo pode acabar por prejudicar oportunidades de desenvolvimento (Parente, et al., 2020). Heffler et al. também são citados por Priftis & Panagiotakos (2023) por comprovarem que, apesar de um início prematuro da exposição a ecrãs não influenciar o risco de Perturbação do Espectro do Autismo, esta aumenta o risco de sintomas similares a esse transtorno. Em 2022 Manwell et al. conceituam correlação entre demência e exposição excessiva a ecrãs em idade precoce, tendo mesmo introduzido um novo termo: “demência digital” (Priftis & Panagiotakos, 2023).

Outro domínio amplamente investigado pelos especialistas é o sono. Parente, et al. (2020) faz referência a vários autores que defendem que o tempo de utilização dos dispositivos, o conteúdo assistido e o uso de dispositivos imediatamente antes de dormir são os principais fatores causadores de alterações no sono associadas a alterações fisiológicas

como o aumento das hormonas de stress, afetando a qualidade do sono, atraso na hora de adormecer, diminuição do número de horas de sono e fadiga diurna. Priftis & Panagiotakos (2023) asseguram que mais de uma hora de ecrã diária em crianças dos zero aos dois anos conduziu ao aumento de transtornos do sono. As diferentes formas pelas quais se pensa que a exposição a dispositivos de ecrã interferem no sono têm sido motivo de estudo. As principais teorias são: a exposição à luz dos ecrãs reduzir a produção de melatonina, os dispositivos eletrónicos provocam agitação mental e o uso desses aparelhos altera o horário de sono (Priftis & Panagiotakos, 2023). Outros investigadores, reportam que o atraso na hora de deitar e a redução do número de horas de sono se deve à exposição a ecrãs no quarto. É crucial compreender que a presença de estímulos emocionantes após o jantar representa uma disfunção, sendo preocupante que, durante a fase de regulação do ciclo sono-vigília, a televisão assuma um papel predominante no processo de adormecimento (Parente, et al., 2020). Por este motivo, as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) são de que seja evitada a exposição a ecrãs pelo menos uma hora antes de dormir. Para além disso, sugere a existência de locais da casa onde os ecrãs estejam desligados e de divisões onde não existam dispositivos eletrónicos, especialmente, o quarto. Da mesma forma, aconselham que o momento das refeições e da leitura seja sem ecrãs (Rafael, et al., 2020).

Os mais novos dedicam cada vez mais horas a olhar para ecrãs, ultrapassando as orientações de especialistas em diversos países. Uma condição clínica relacionada aos olhos causada pelo uso excessivo de dispositivos é conhecida como "*fadiga ocular digital*". De acordo com Kaur et al. citado por Priftis & Panagiotakos (2023), os sintomas dessa condição incluem olhos secos, desconforto nos olhos, visão turva, dificuldade de focar à distância, cefaleias e dor no pescoço. Isso ocorre porque tarefas que exigem alta concentração, como olhar para um ecrã, podem reduzir a frequência de pestanejar e o tempo de produção de lágrimas, levando à secura ocular e problemas de refração. Além disso, estudos recentes sugerem que o uso excessivo de dispositivos eletrónicos também pode contribuir para o desenvolvimento de miopia em crianças (Liu, et al., 2021).

Uma revisão de estudos citada por Priftis & Panagiotakos (2023) realizada por Baradaran Mahdavi et al. concluiu que o impacto do tempo de ecrã na cervicalgia é considerado

relativamente pouco significativo, embora tenha sido encontrada uma relação significativa ao excluir um estudo específico. Por outro lado, o uso de telemóvel é identificado como um fator de risco para dores no pescoço e nas costas em jovens, enquanto a relação entre o uso de computador e dores nas costas não é tão evidente. Num novo estudo, foi observado que mais de duas horas diárias de tempo de ecrã durante a semana está ligado ao desenvolvimento de escoliose idiopática em adolescentes. Por outro lado, Tremblay MS et al citado por Priftis & Panagiotakos (2023) sugeriram que menos de duas horas de uso de ecrã por dia está relacionado a uma melhor saúde óssea. Os hábitos de ecrã das crianças são influenciados pela forma como os pais os utilizam. O papel dos pais como modelo comportamental é fundamental uma vez que as crianças mimetizam os comportamentos de tempo de ecrã dos seus pais. O tempo de exposição das crianças é diretamente proporcional ao tempo de exposição dos pais, logo, se os pais reduzirem a utilização de dispositivos, o impacto no comportamento de exposição aos ecrãs pelos filhos será positivo (Rafael, et al., 2020). Quando os pais passam mais de duas horas em ecrãs, os seus filhos têm um maior risco de desenvolver um excesso de tempo de ecrã. Curiosamente, o tempo de trabalho dos pais não parece afetar o tempo de ecrã dos seus filhos. Por sua vez, cuidadores não parentais também tendem a permitir mais tempo de ecrã. Além disso, foi descoberto que uma relação negativa entre pais e filhos está associada ao uso problemático da internet (Priftis & Panagiotakos, 2023). Parente, et al. (2020) cita a Academia Americana de Pediatria (AAP) que afirma que os pais que passam mais tempo em dispositivos eletrónicos têm menor interação verbal e não-verbal com os filhos e que isto está intimamente ligado a um maior risco de conflito entre ambos. Um estudo conduzido por Chong SC et al. citado por Priftis & Panagiotakos (2023) analisou a perspetiva dos pais em relação ao tempo de ecrã dos seus filhos, tendo constatado opiniões diversas sobre o tempo de ecrã, alguns consideram fundamental e inevitável, enquanto outros veem como algo perturbador e possivelmente antinatural. Os pais utilizam dispositivos móveis como uma forma de distração, ferramenta educativa e como forma de recompensa ou punição para as crianças, podendo este último levar a conflitos entre pais e filhos. Outro fator que aumenta o uso de ecrãs acontece quando as crianças assistem televisão sozinhas, sem supervisão de um adulto, (Dy et al. citado por

Priftis & Panagiotakos (2023)). Segundo Madigan citado por Parente, et al. (2020) a covisualização pode ajudar a reduzir os efeitos negativos dos dispositivos eletrónicos e contribuir para um melhor desenvolvimento da linguagem. Além disso, a visualização conjunta possibilita que os pais tenham um controle mais eficaz sobre o conteúdo e o tempo de exposição às telas, reduzindo assim o risco de exposição a programas e utilização inadequados.

Tendo em conta todos estes malefícios torna-se evidente que esta é uma problemática gritante. Neste sentido, a OMS emitiu orientações sobre o tempo de exposição a ecrãs para cada faixa etária. Enfatiza que o uso excessivo de dispositivos eletrónicos de ecrã é prejudicial para as crianças e jovens. Recomenda que as crianças com idade inferior a 12 meses não devem ser expostas a ecrãs, assim como até aos 2 anos de idade, com exceção, a partir dos dezoito meses, a utilização limitada a videochamadas para familiares que se encontrem distantes. Em crianças dos 2 aos 5 anos o tempo de exposição a ecrãs não deve ultrapassar os 60 minutos por dia, sendo que os conteúdos devem ser educativos e adequados à idade, sempre com o acompanhamento e supervisão parental. Para as crianças/jovens dos 5 aos 18 anos a recomendação é de, no máximo, 2 horas de exposição, com limites estabelecidos, de forma a não prejudicar o sono ou a atividade física, reservando tempo livre de exposição e dando preferência a atividades no exterior (World Health Organization, 2019).

As relações e o impacto dos riscos desenvolvimentais, comportamentais e de saúde decorrentes do *tempo de exposição a ecrãs* em crianças pré-escolares tem-se tornado objeto de preocupação crescente nos últimos tempos.

A escolha de direcionar a atenção para este grupo etário prende-se com o facto de, em primeiro lugar, as crianças em idade pré-escolar serem particularmente suscetíveis à assimilação de hábitos e uma exposição excessiva precoce aos ecrãs aumenta a probabilidade de utilização excessiva dos mesmos na vida adulta; rotinas de saúde são mais facilmente estabelecidas em crianças mais novas do que em crianças mais velhas, e a utilização de ecrãs tende a aumentar ao longo do tempo para experienciarem mais entretenimento (Priftis & Panagiotakos, 2023).

Um estudo efetuado em 2020 por Rodrigues et al citado por Rocha & Nunes (2021) afirma que as crianças com idades entre os três e cinco anos em Portugal, passam, em média, 154 minutos por dia em frente a ecrãs.

Assim, considerando a importância das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica como detentor de conhecimentos e habilidades que lhe permita responder às necessidades da criança e família, proporcionando educação para a saúde e promovendo o mais elevado estado de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2018) identificar os malefícios da exposição a ecrãs tendo em conta a era digital em que nos encontramos tornou-se perentório.

A partir da prática clínica e durante o percurso de formação avançada nesta área emergiu a questão de investigação: *“Quais os efeitos negativos do tempo de exposição a ecrãs em crianças em idade pré-escolar?”*.

OBJETIVO

Identificar os efeitos negativos da exposição ecrãs em crianças em idade pré-escolar

METODOLOGIA

A revisão integrativa da literatura é um importante instrumento na área da Enfermagem, pois visa sintetizar os estudos relevantes sobre determinada temática, proporcionando uma visão abrangente do tema pesquisado. Uma das principais vantagens da revisão integrativa é a sua capacidade de identificar lacunas de conhecimento e estabelecer conexões entre diversos estudos, fornecendo uma base sólida para pesquisas futuras. Por meio da inclusão de diferentes métodos de pesquisa, esta abordagem metodológica desempenha um papel significativo na Prática Baseada na Evidência em Enfermagem uma vez que permite fundamentar a prática clínica em conhecimento científico, direcionando a tomada de decisões com base teórica (Dantas, Costa, Costa, Lúcio, & Comassetto, 2022).

Para realizar uma revisão integrativa eficaz, é fundamental seguir os processos metodológicos estabelecidos. Isso inclui etapas como a definição do tema e da questão de pesquisa, a seleção de critérios de inclusão e exclusão de estudos, a amostragem dos estudos conforme o diagrama PRISMA, a extração de informações relevantes, a análise dos dados, a interpretação dos resultados e, por fim, a apresentação da síntese do conhecimento (Dantas, Costa, Costa, Lúcio, & Comassetto, 2022).

Deste modo, partiu-se para a realização desta revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar os efeitos negativos da exposição a ecrãs de crianças em idade pré-escolar.

Para elaborar a questão de investigação, seguiu-se a metodologia PICO acrónimo para população/participantes, conceito a ser investigado e contexto definindo:

P – Crianças em idade pré-escolar

I – Exposição a ecrãs

C – (não se aplica)

O – Efeitos negativo

A aplicação desta metodologia resultou na pergunta de investigação: *“Quais os efeitos negativos da exposição a ecrãs em crianças em idade pré-escolar?”*.

Para delimitar a pesquisa nas bases de dados, foram selecionadas as palavras-chave e descritores em Ciências da Saúde DeCs/MeSH (Medical Subject Headings) combinados com os operadores booleanos AND, OR e NOT, resultando na seguinte frase booleana: *“screen time” OR “screen-time” OR “screen exposure” OR “screen use” AND children OR Child OR preschool* OR kid OR infant OR pediatric AND risk OR “risk factor” OR effects OR dangers OR disadvantages AND nurs* NOT covid OR pandemic.*

O motor de busca foi a EBSCO, facilitado pelos recursos de informação da Universidade Católica, e os fornecedores de conteúdos da evidência científica foram as bases de dados, eBook Index, Complementary Index, MEDLINE Complete, Academic Search Complete, CINAHL Complete, EBSCOhost, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Source Index, MedicLatina durante o mês de março de 2024.

Para seleção das publicações encontradas, definiram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos com texto integral disponível online, analisado pelos pares, publicados nos últimos cinco anos (2019 a 2024), redigidos em inglês e português. Como critério de exclusão: definiu-se artigos relacionados com a pandemia Covid-19.

O processo de seleção dos artigos está demonstrado no diagrama prisma. Foram excluídos 28131 artigos através da aplicação dos filtros de inclusão referidos acima e posterior leitura do título/resumo ou leitura integral dos artigos, determinando uma amostra final de 6 artigos.

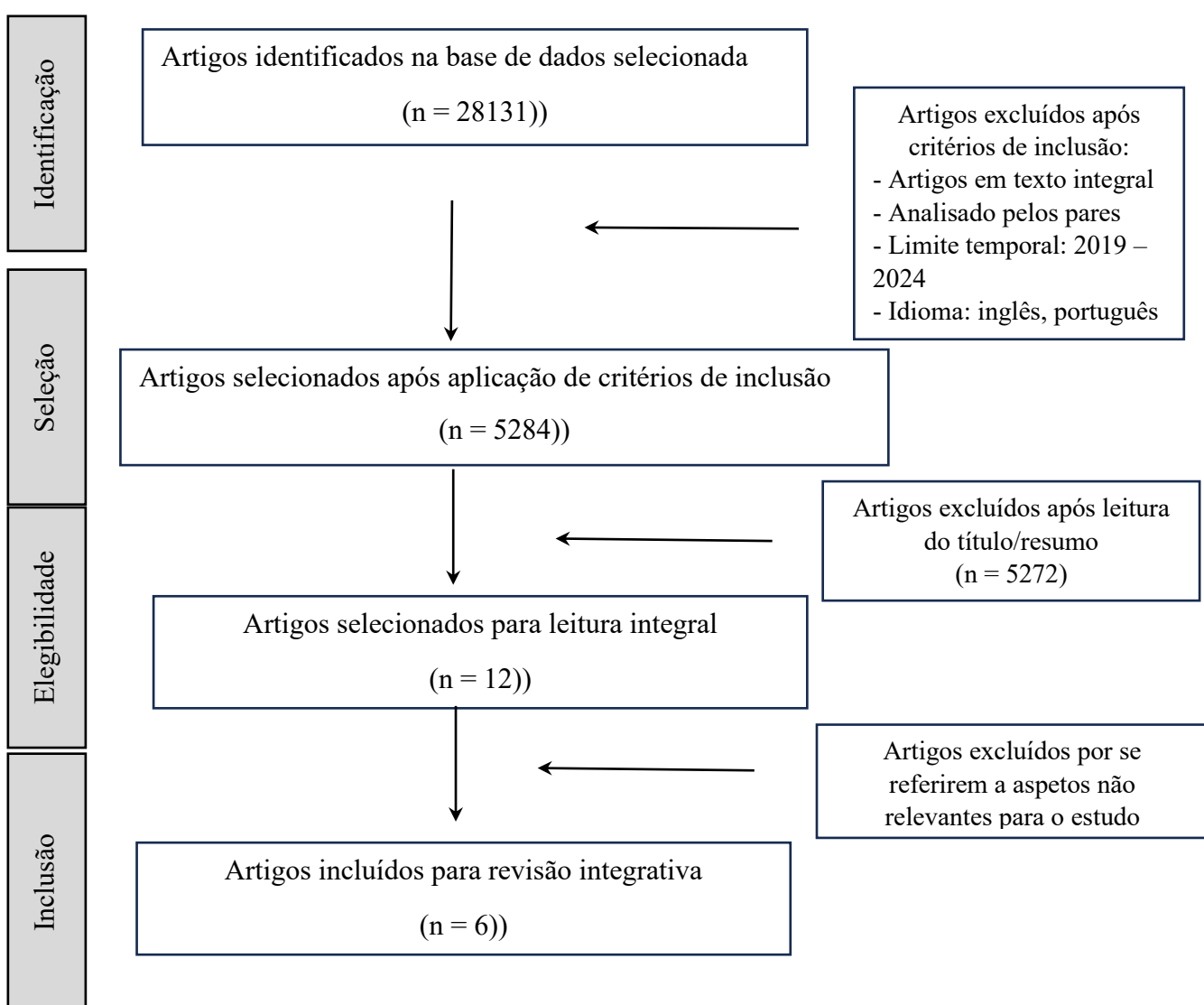


Figura 1 – Diagrama PRISMA

RESULTADOS

Foram 6 os artigos que constituem o *corpus* de análise, um artigo do ano de 2019, três artigos do ano de 2020, um artigo do ano de 2021 e um artigo do ano de 2022. Foram desenvolvidos no Canadá, EUA, Finlândia, China, Israel e Paquistão, respetivamente. São na sua totalidade estudos transversais observacionais, à exceção do estudo de Li, Cheng, Sha, Cheng, & Yan (2020), tratando-se de uma Revisão Sistemática e Meta-análise.

Com o objetivo de sistematizar os resultados obtidos e de forma a responder à questão de investigação previamente definida, elaborou-se a seguinte tabela de evidências onde se apresenta o objetivo, o tipo de estudo com a caracterização da amostra e as conclusões de cada artigo analisado.

Artigo	Referência do Artigo	Objetivo(s)	Tipo de Estudo e amostra	Conclusões
Artigo 1	Tamana, S. K., Ezeugwu, V., Chikuma, J., Lefebvre, D. L., Azad, M. B., Moraes, T. J., Subbarao, P., Becker, A. B., Turvey, S. E., Sears, M. R., Dick, B. D., Carson, V., Rasmussen, C., CHILD study Investigators, Pei, J., & Mandhane, P. J. (2019). Screen-time is associated with inattention problems in preschoolers: Results from the CHILD birth cohort study. <i>PloS one</i> , 14(4), e0213995. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213995	Examinar a associação entre o tempo de ecrã e o comportamento de crianças pré-escolares utilizando dados do estudo The Canadian Healthy Infant Longitudinal Development (CHILD)	Transversal naturalista Este estudo envolveu uma amostra de 3.455 crianças recrutadas em quatro cidades canadianas do estudo CHILD (www.childstudy.ca), ainda no período pré-natal. Díades de pais e filhos foram inscritas durante a gravidez entre 2009 e 2012. Os pais preencheram questionários sobre características familiares e infantis, nutrição materna e infantil e stress materno no início e no acompanhamento. Nas visitas de acompanhamento aos três e cinco anos, as famílias participantes preencheram questionários sobre o tempo de ecrã, qualidade do sono e atividade física dos seus filhos. Os pais dos participantes do CHILD completaram um questionário de avaliação do comportamento dos seus filhos aos cinco anos. Os dados sobre potenciais covariáveis associadas ao tempo de ecrã ou comportamento foram obtidos dos registos hospitalares ou questionários padronizados. Tempo de ecrã (variável de exposição primária) - O tempo de ecrã (hh:mm) foi avaliado aos três e cinco anos. Os pais relataram o tempo total de ecrã/dia dos seus filhos, que incluía assistir TV/DVD, usar computador, tablet, telemóvel ou jogar videojogos. O tempo de ecrã foi agrupado em três categorias com base nas Diretrizes Canadeanas de Movimento de 24 Horas recomendadas para crianças de 5 a 13 anos. Comportamento pré-escolar (variável de resultado) - A versão pré-escolar da Lista de Verificação de Comportamento Infantil (CBCL) foi completada pelos pais aos cinco anos em todos os locais do CHILD. A CBCL é uma	O tempo de ecrã acima do limite de duas horas aos 5 anos de idade foi associado a um aumento do risco de morbilidade comportamental externa clinicamente relevante e especificamente problemas de desatenção. A associação entre tempo de ecrã e morbilidade comportamental foi maior do que qualquer outro fator de risco, incluindo sono, stress parental e fatores socioeconómicos. Os resultados demonstram que o aumento do tempo de ecrã na idade pré-escolar está associado a piores problemas de desatenção

			<p>medida validada empiricamente de 99 itens de problemas de comportamento relatados pelos pais na primeira infância e produz um score T (média de 50 pontos e um desvio padrão de 10 pontos com base em dados normativos) para problemas internalizantes (por exemplo, ansiosos/deprimidos, retraídos, somáticos, reativos emocionalmente), problemas externalizantes (por exemplo, distração, agressividade) e problemas totais (internalizantes, externalizantes, problemas de sono e outros problemas). Inclui também cinco escalas de síndromes orientadas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) incluindo Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), problemas opositivos desafiadores, problemas depressivos, problemas de ansiedade e espectro do autismo.</p>	
Artigo 2	<p>Leppänen, M. H., Sääksjärvi, K., Vepsäläinen, H., Ray, C., Hiltunen, P., Koivusilta, L., Erkkola, M., Sajaniemi, N., & Roos, E. (2020). Association of screen time with long-term stress and temperament in preschoolers: results from the DAGIS study. <i>European journal of pediatrics, 179</i>(11), 1805–1812. https://doi.org/10.1007/s00431-020-03686-5</p>	<p>Analisar as associações de stress e temperamento a longo prazo com o tempo de ecrã em crianças pré-escolares finlandesas através da avaliação da Concentração de Cortisol no Cabelo (CC) e o papel moderador do status socioeconómico</p>	<p>Transversal No total, 779 crianças (idade média, 4,7 ± 0,9 anos) foram incluídas no estudo que decorreu em 2015 - 2016. Foram utilizados dados DAGIS (the Increased Health and Wellbeing in Preschools Study). Os critérios de elegibilidade: - pelo menos um grupo composto por crianças de 3 a 6 anos de idade; - educação infantil apenas durante o dia; - falar finlandês ou sueco; - cobrar taxas dependentes de renda. O tempo de ecrã foi relatado pelos pais usando um diário de 7 dias. O diário foi baseado em um diário validado anteriormente, e foi traduzido e modificado para o contexto Finlandês. Os pais foram solicitados a avaliar a frequência e o tempo (horas/min) que os filhos passavam cada dia: (1) a ver TV, (2) a ver DVDs ou vídeos, (3) a usar tablets ou smartphones, e (4) a usar computadores ou jogar jogos de computador. O tempo de ecrã é uma variável composta por todos os tipos de tempo de ecrã mencionados acima. O tempo de ecrã foi calculado da seguinte forma: [(tempo médio de ecrã nos dias de semana × 5) + (tempo médio de ecrã nos dias de fim de semana × 2)] / 7.</p> <p>O temperamento das crianças foi avaliado usando o Formulário Muito Curto do Questionário de Comportamento Infantil que foi desenvolvido para crianças de 3 a 8 anos. Um dos pais em cada família indicou sua opinião sobre os 36 itens incluídos no questionário, usando uma escala Likert de 7 pontos. Três dimensões amplas de temperamento foram estabelecidas por quem desenvolveu o instrumento e foram construídas a partir do questionário (12 itens em cada): surgência, afetividade negativa e controle esforçado. Altos níveis de surgência se referem a crianças que exibem impulsividade, que desfrutam de situações com alta intensidade de estímulo e que não mostram desconforto em situações sociais. Afetividade negativa refere-se a crianças que têm tipicamente pouco humor e são zangadas, medrosas e muito difíceis de acalmar. Controle esforçado refere-se a</p>	<p>Das dimensões do temperamento, uma pontuação mais alta no controlo consciente foi associada a menos tempo de ecrã, o que pode ser essencial aquando do planeamento de intervenções para reduzir o tempo de ecrã em crianças em idade pré-escolar. Tendo em conta que o controlo consciente reflete habilidades gerais de autorregulação, promover essas habilidades pode ser eficaz na redução do tempo de ecrã em crianças pré-escolares. Não foram encontradas evidências de associação entre stress a longo prazo através da avaliação do cortisol capilar, nem do papel moderador das condições socioeconómicas.</p>

			<p>crianças que têm a capacidade de suprimir respostas inapropriadas, têm melhor autorregulação e podem manter o foco em atividades relacionadas à tarefa.</p> <p>Alfa de Cronbach para surgência, afetividade negativa e controle esforçado foram 0.80, 0.76 e 0.74, respetivamente.</p> <p>O stress a longo prazo das crianças foi avaliado pela CCC, que captura os níveis integrados de cortisol a longo prazo. Pessoal treinado recolheu amostras de cabelo da parte posterior do couro cabeludo das crianças. Uma mecha de cabelo de aproximadamente 40 fios foi amarrada e cortada o mais próximo possível do couro cabeludo. A extremidade do couro cabeludo da amostra foi marcada e a amostra foi embalada em papel alumínio e colocada num pequeno saco plástico para enviar a um laboratório para análise. No laboratório, as mechas foram alinhadas e cortadas em dois segmentos separados de 2 cm. O laboratório seguiu o protocolo de Davenport et al. para a lavagem do cabelo e extração de esteroides. Um imunoensaio de quimioluminescência foi usado para medir o CCC das amostras de cabelo. Tanto os coeficientes de variação intra quanto interensaio foram menores que 12%. Assim, o CCC que relatamos indica stress aproximadamente nos últimos 2 meses. Devido à distribuição assimétrica, o HCC foi categorizado em quintis, sendo que a primeira categoria (os menores HCCs) foi definida como o grupo de referência.</p> <p>Comparativos de género entre os valores médios foram feitos usando um teste t independente ou o teste U de Mann Whitney para variáveis contínuas e um teste qui-quadrado para variáveis categorizadas. O stress a longo prazo foi analisado usando quintis de CCC, e a primeira categoria (os menores HCCs) foi definida como o grupo de referência. O temperamento foi analisado como variável contínua, e incluímos as três dimensões amplas (surgência, afetividade negativa e controle esforçado) no modelo simultaneamente. Como o estatuto socioeconómico tem sido relacionado ao HCC e ao tempo de ecrã, também foi investigado se o estatuto socioeconómico tem um papel moderador nas associações mencionadas.</p>	
Artigo 3	Kahn, M., Schnabel, O., Gradisar, M., Rozen, G. S., Slone, M., Atzabaporia, N., Tikotzky, L., & Sadeh, A. (2021). Sleep, screen time and behaviour problems in preschool children: an actigraphy study. <i>European child & adolescent psychiatry</i> , 30(11), 1793–1802.	Testar os efeitos da exposição aos ecrãs e medir objetivamente o sono medido sob problemas de comportamento das crianças em idade pré-escolar.	<p>Transversal.</p> <p>Um total de 145 crianças com idades entre 3 e 6 anos participaram deste estudo.</p> <p>O sono foi avaliado objetivamente utilizando actigrafia durante 1 semana como medida primária de tempo, duração e qualidade do sono. E subjetivamente através de diários de sono escritos pelos pais, que durante a semana de avaliação, receberam e-mails diários que incluía uma hiperligação para completar um registo de sono online. Foi-lhes solicitado que relatassem os padrões de sono e acordar do dia anterior da criança, incluindo quaisquer eventos especiais ou doenças que possam ter afetado o</p>	Os dados da actigrafia demonstraram que a duração, o tempo e a qualidade do sono estavam associados à exposição aos ecrãs. A relação entre o tempo de ecrã e problemas de comportamento foi moderada pela duração do sono, pois era significativa apenas para crianças com duração de sono igual ou inferior a 9,88 horas/noite. A duração do sono também moderou a relação entre o tempo de ecrã e problemas externalizantes, mas não internalizantes. Portanto, a

	https://doi.org/10.1007/s00787-020-01654-w		sono. Da mesma forma, relataram o tempo médio de minutos por dia em que seus filhos foram expostos a ecrãs durante a última semana, incluindo televisões, computadores, tablets e telemóveis. Isso foi relatado numa pergunta aberta, completada online no final da semana de avaliação do sono. O Questionário de Pontos Fortes e Dificuldades foi preenchido pelas mães online. Este questionário de 25 itens fornece uma indicação ampla dos problemas emocionais e comportamentais da criança.	combinação de aumento da exposição a ecrãs e diminuição da duração do sono pode ser particularmente adversa para a saúde mental das crianças do sono.
Artigo 4	Li, C., Cheng, G., Sha, T., Cheng, W., & Yan, Y. (2020). The Relationships between Screen Use and Health Indicators among Infants, Toddlers, and Preschoolers: A Meta-Analysis and Systematic Review. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 17(19), 7324. https://doi.org/10.3390/ijerph17197324	Identificar as relações entre o uso de ecrãs e vários indicadores de saúde em bebés, crianças pequenas e pré-escolares	Revisão Sistemática e Meta-Análise Pesquisa sistemática no PubMed, Web of Science, Embase e Cochrane Library para identificar os estudos elegíveis, publicados de 1 de janeiro de 2000 a 13 de agosto de 2019. Dois pesquisadores independentes examinaram independentemente cada registro por título e resumo de revistas revisadas por pares publicadas de 1 de janeiro de 2000 a 13 de agosto de 2019. Os critérios de inclusão foram: participantes: bebés, crianças pequenas e pré-escolares (as crianças começam a frequentar a escola primária em idades diferentes em diferentes países, então definimos a idade das crianças como 0-7 anos); exposição: duração, prevalência ou categorias de visualização de atividades baseadas em ecrãs; resultados: resultados físicos, comportamentais e psicossociais relacionados à exposição; e idioma: artigos publicados em inglês. Foram excluídos estudos fossem duplicados; resumos de conferências, resenhas, relatórios governamentais, cartas e protocolos; que focassem apenas em crianças em idade escolar ou incluíssem pré-escolares e crianças em idade escolar em um estudo; ou não relatassem resultados relevantes. Dois pesquisadores independentes examinaram os textos completos dos 80 estudos selecionados e extraíram dados deles. O terceiro revisor independente participou da discussão em caso de discordância ou discrepâncias.	Fortes evidências da meta-análise sugeriram que o uso excessivo de ecrãs estava associado ao excesso de peso/obesidade e à duração do sono mais curta em crianças em idade pré-escolar. O uso excessivo de ecrãs estava associado a vários indicadores de saúde nos aspetos físico, comportamental e psicossocial. Pesquisas de melhor qualidade sobre dispositivos eletrónicos mais recentes, em vários tipos de conteúdo em crianças pequenas e nas relações dose-resposta entre o uso excessivo de ecrãs e os indicadores de saúde são necessárias para atualizar as recomendações de uso de ecrãs
Artigo 5	Waller, N. A., Zhang, N., Cocci, A. H., D'Agostino, C., Wesolek-Greenson, S., Wheelock, K., Nichols, L. P., & Resnicow, K. (2021). Screen time use impacts low-income preschool children's sleep quality, tiredness, and ability to fall asleep. <i>Child: care, health and development</i> , 47(5), 618–626. https://doi.org/10.1111/ch.12869	Analisar as associações entre o tempo de ecrã e as características do sono entre pré-escolares com baixo rendimentos.	Transversal Um total de 1700 crianças em idade pré-escolar participaram deste estudo. Os dados para este estudo foram colhidos de outubro de 2013 a junho 2014 e de outubro de 2014 a junho 2015. Os pais relataram o número de horas que seus filhos passavam nos ecrãs num dia típico de semana e de fim de semana. Foi criada uma medida do tempo total de ecrã. Os pais relataram sobre a qualidade do sono dos seus filhos, com que frequência estavam cansados durante o dia e se tinham dificuldade para adormecer. Foi criado um modelo linear de regressão mista para analisar os dados. As variáveis de interesse para análises foram dificuldade em adormecer, qualidade do sono, cansaço e tempo de ecrã semanal. O índice de massa corporal foi medido num subconjunto e utilizado como covariável.	Os fatores idade, sexo, reça, educação e rendimento dos pais estão associados ao tempo de exposição a ecrãs. A raça está relacionada com o nível de cansaço diurno. Demonstrou ainda, que o tempo de ecrã esta associado com a capacidade de adormecer e quão cansadas estão durante o dia. Este estudo confirma associações anteriores entre tempo de ecrã e sono relatadas noutras populações pediátricas. Pesquisas adicionais são necessárias para confirmar esses resultados em outras populações usando medidas mais rigorosas de tempo de ecrã, sono e atividade física, bem como avaliações longitudinais
Artigo 6	Suleman, M., Sughra, U., Riaz, A., & Akbar, M. (2023). Effect of screen time on behavior	Descobrir os efeitos do tempo de tela no comportamento de	Transversal Estudo realizado em quatro pré-escolas privadas de Islamabad de junho a novembro de 2021. Um tamanho de amostra de 200 crianças	O aumento do tempo de ecrã foi estatisticamente significativo com a idade da criança, o nível de

	<p>of pre-schoolers in Islamabad. <i>Pakistan journal of medical sciences</i>, 39(2), 502–507. https://doi.org/10.12669/pjms.39.2.6883</p>	<p>crianças em idade pré-escolar, o que poderia fornecer fundamentos científicos para o controlo do tempo de ecrã</p>	<p>com idades entre três e cinco anos foi selecionado por meio de amostragem aleatória em estágios múltiplos utilizando um questionário dos pais. As crianças foram agrupadas com base no tempo diário de tela de ≤ 60 minutos ou > 60 minutos. A análise foi feita com base nos resultados da Lista de Verificação do Comportamento Infantil para idades de dezoito meses a cinco anos. Alfa de Cronbach foi encontrado como 0,925. Foi analisado utilizando o SPSS versão 22. Teste qui-quadrado, teste t de amostra independente e regressão linear múltipla foram aplicados para determinar a associação e os níveis de significância entre as variáveis. A variável independente do estudo foi o tempo de ecrã das crianças em idade pré-escolar. A ferramenta usada para avaliar o tempo de ecrã das crianças em idade pré-escolar foi o SCREENS-Q.9. É uma ferramenta de questionário padronizado abrangente relatada pelos pais para avaliar os hábitos de ecrã das crianças em casa. O questionário utilizado para avaliar o comportamento das crianças em idade pré-escolar foi adaptado do CHILD BEHAVIOR CHECKLIST PARA IDADES 1½-5 (CBCL/1.5-5), composto por 99 itens avaliados em uma escala de Likert de três pontos. O comportamento das crianças foi dividido em oito categorias, incluindo Reativo Emocionalmente, Ansioso/Depressão, Comportamento Agressivo, Problemas de Atenção, Queixas Somáticas, Sintoma de Retirada, Problemas de Sono e Outros Problemas. A variável de resultado do estudo foi o comportamento das crianças em idade pré-escolar, que foi mantido como quantitativo. As variáveis socioeconômicas consideradas foram todas qualitativas, incluindo idade, gênero, nível de educação das crianças e dos pais, cuidador principal e situação de emprego dos pais. Os itens que formavam as variáveis de resultado foram relatados em média e desvio padrão. As características sociodemográficas e tempo de ecrã foram analisadas usando análise de qui-quadrado</p>	<p>escolaridade e situação profissional da mãe. Crianças pré-escolares com tempo de ecrã > 60 minutos tendem a sofrer de síndrome de abstinência, problemas de sono e perturbação do espectro do autismo comparativamente às crianças com tempo de ecrã < 60 minutos. O preditor mais forte da variável de resultado foi o nível de educação das mães. O tempo excessivo de ecrãs tem um efeito nocivo e está associado a problemas comportamentais em crianças pré-escolares. Limitar o tempo de ecrã em idades precoces é importante porque ajuda a mantê-los saudáveis tanto psicológica quanto fisicamente e a estabelecer bons hábitos. Os pais também devem pensar no tempo de ecrã dos seus filhos, o que requer o envolvimento ativo e atenção constante dos pais para que o desenvolvimento e crescimento dos seus filhos não sejam negativamente afetados.</p>
--	--	---	---	---

Tabela 1 – Tabela de Evidências

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a análise dos artigos incluídos nesta revisão integrativa é possível constatar que a exposição a ecrãs em crianças em idade pré-escolar tem efeitos negativos comprovados.

Existem vários fatores de risco e variáveis consideradas nos estudos, sendo a generalidade dos artigos concordantes entre si.

Tempo de exposição a ecrãs

Em todos os artigos analisados a avaliação de tempo de ecrã diz respeito a todos os tipos de dispositivos eletrónicos de ecrã e não a um tipo de ecrã específico.

A utilização de dispositivos eletrónicos de ecrã pelas crianças em idade pré-escolar é comum. Tamana, et al. (2019) refere no seu estudo que dispositivos eletrónicos de ecrã estavam disponíveis para mais de 95% das crianças, mas que a média de exposição era de 1,4 horas/dia aos 5 anos e 1,5 horas/dia aos 3 anos. 13% das crianças estudadas foram expostas a menos tempo de ecrã do que o que vem descrito na literatura, estando expostos a cerca de 1 hora/dia de ecrã.

Tanto Waller, et al. (2021) como Suleman, Sughra, Riaz, & Akbar (2022), concluíram que o tempo de ecrã foi estatisticamente significativo com a idade das crianças, ou seja, à medida que a idade aumenta, o tempo de exposição a ecrãs também aumenta. Waller, et al. (2021) refere, inclusivamente, que o tempo de ecrã é significativamente maior em crianças mais velhas, do sexo masculino, de raça negra com baixos rendimentos, constatando, por sua vez, que crianças hispânicas/latinas cujos pais relatam menos tempo de ecrã estão, por conseguinte, menos cansados durante o dia e têm melhor qualidade do sono do que as crianças não hispânicas/latinas.

Apesar do que Tamana, et al. (2019) constataram relativamente ao tempo de exposição a ecrãs, a literatura oferece-nos evidência de que existe um aumento de exposição. Neste sentido, surgiram inquietudes relacionadas com efeitos negativos devido às repercussões para a saúde e desenvolvimento das crianças e, por conseguinte, motivo de preocupação para profissionais de saúde e investigadores, conduzindo a que entidades como a OMS, AAP, Associação Americana de Psiquiatria da Criança e Adolescente (AAPCA) e a Sociedade de Pediatria Canadina (SPC) apresentassem orientações quanto ao tempo de exposição a ecrãs recomendado por faixa etária, tal como se pode ver na tabela seguinte em que se encontram explanadas as diretrizes internacionais para o dia de semana:

Recomendação	Idade	Entidade			
		OMS	AAP	AAPCA	SPC
<i>“tempo de ecrã”</i> = 0 horas	< 1 ano	X			
	<18 meses		X*	X*	
	<2 anos				X
<i>“tempo de ecrã”</i> ≤1 hora	1-4 anos	X			
	2-5 anos		X**	X**	X**
Tempo ≤ 2 horas	5-18 anos		***	***	X****
			****	****	

* limitar a videochamadas (familiar fora da cidade). Dos 18 aos 24 meses limitar a programas educativos na presença do cuidador, de forma a permitir a interpretação dos conteúdos.

**Programas de alta qualidade, na presença do cuidador, de forma a facilitar a compreensão e escolha dos conteúdos.

*** >6 anos: limitar o “tempo de ecrã” e tipo de utilização e garantir que têm hábitos de sono, atividade física e outros comportamentos saudáveis.

****5-18 anos: exposição personalizada e equilibrada.

A OMS recomenda que crianças dos 2 aos 5 anos, ou seja, em idade, pré-escolar, o tempo de exposição a ecrãs não deva ultrapassar os 60 minutos por dia, sendo que a AAP reforça estas orientações, ressaltando a importância dos conteúdos, que devem ser educativos e adequados à faixa etária e a visualização dever dar-se sempre com o acompanhamento e supervisão parental. Estes factos são corroborados pela AAPCA e SPC que defendem que a covisualização com um adulto aliada à seleção criteriosa de programas educativos, tem o potencial de atenuar os impactos negativos associados ao uso de dispositivos eletrónicos, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento linguístico infantil. Também Suleman, Sughra, Riaz, & Akbar (2022) fazem referência à importância desta questão, salientando que os pais devem pensar no tempo de ecrã dos seus filhos, o que requer o envolvimento ativo e atenção constante dos mesmos para que o desenvolvimento e crescimento dos seus filhos não sejam negativamente afetados.

Efeitos sobre o sono da criança

A temática do sono e de disfunções do mesmo associadas ao tempo de ecrã, começa a ganhar atenção da comunidade científica atendendo a que o sono é vital para a saúde ideal. A AAP recomenda que crianças pré-escolares durmam entre 10 a 13 horas, mas os dados demonstram que as crianças dormem menos em todo o mundo (Elamin, Garemo, & Gardner, 2021).

Em todos os artigos analisados, a avaliação do sono foi efetuada com base no relato dos pais à exceção do estudo de Kahn, et al. (2020) em que a avaliação foi efetuada pelo relato dos pais, mas também, por actigrafia.

Kahn, et al. (2020) constataram que as crianças que têm mais tempo de exposição a ecrãs tendem a ter horários de dormir mais tardios, durações de sono mais curtas e menor eficiência do sono, medidos por actigrafia. Relativamente aos relatos dos pais, Kahn et al (2020) encontraram relação entre tempo de ecrã, tempo e qualidade de sono, mas não para a duração do sono. No entanto, não puderam avaliar o impacto da duração do sono no comportamento uma vez que as crianças cumpriram, na sua generalidade, as recomendações das horas de sono.

Waller, et al. (2021) constataram associação positiva entre tempo de ecrã e dificuldade em adormecer ou de as crianças se manterem a dormir e ao aumento do cansaço diurno, mas não encontraram relação com a qualidade do sono (Waller et al, 2021).

Suleman et al (2022) também concluíram na sua pesquisa que a qualidade do sono nas crianças em idade pré-escolar está significativamente associada ao tempo de ecrã superior a 60 minutos.

Li et al (2020), na sua Revisão Sistemática e Meta-Análise, concluiu que crianças que tinham tempo excessivo de ecrã tinham maior probabilidade de desenvolver problemas de sono, realçando que o uso de pequenos dispositivos de ecrã está relacionado com menor duração de sono em crianças com menos 10 anos. Explicam ainda, que as causas podem ser por alterar o ciclo circadiano da criança suprimindo os níveis de melatonina pela luz azul, pelo facto do uso de ecrãs substituir a potencial duração do sono, e pelo uso

de ecrãs aumentar a excitação física e psicológica e reduzir a duração do sono e melhorar os níveis de alerta noturno pelos movimentos rápidos dos olhos.

Efeitos no comportamento da criança

Segundo Kahn, et al. (2020), para além do sono e tempo de ecrã, também são relacionados problemas internalizantes (como ansiedade e depressão) e externalizantes (como desatenção e agressividade). Internalização e externalização foram associados a uma menor qualidade do sono. Uma excessiva exposição a ecrãs estava associada a problemas de externalização, apenas em crianças que dormiam menos de 9,94 horas/noite. No entanto, crianças com duração sono longo, o tempo de ecrã não estava associado a problemas de comportamento. Este estudo revelou que a duração do sono interage com o tempo de ecrã para prevenir níveis mais elevados de problemas de comportamento em crianças em idade pré-escolar.

Tamana, et al. (2019) referem que crianças expostas a mais tempo de ecrã tanto aos 3 como aos 5 anos de idade, apresentaram um aumento significativo de problemas de comportamento e desatenção aos 5 anos de idade. Ou seja, as crianças que assistiram a mais de 2 horas de ecrã por dia tiveram maiores pontuações de problemas de externalização, internalização e de comportamento em comparação com as que assistiram menos 30 minutos por dia. Mais de 2 horas de ecrã por dia também demonstrou mais propensão da morbilidade comportamental do tipo Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Também na investigação descrita no Leppänen, et al. (2020) foram estudadas as dimensões do comportamento, e destas, uma pontuação mais alta do controle esforçado foi associado a menos tempo de ecrã. O controlo esforçado tem sido relacionado com a capacidade de suprimir respostas inadequadas, de ter melhor capacidade de autorregulação e manter o foco em atividades relacionadas com tarefas. Leppänen, et al. (2020) pretendiam avaliar o stress a longo prazo com a concentração de cortisol capilar, no entanto, não foi encontrada associação significativa entre stress a longo prazo pela quantificação da concentração de cortisol capilar e tempo de ecrã. A afetividade negativa

e o aumento do controle esforçado estão associados a mais de 3 e 4 minutos por dia, respetivamente, de tempo de ecrã.

Suleman et al (2022), demonstraram que a qualidade do sono está significativamente associada a mais de 60 minutos de exposição a ecrãs, e que o tempo de ecrã tem um efeito prejudicial e está relacionado com problemas comportamentais em crianças em idade pré-escolar. Para além disso, expor os pré-escolares a mais de 60 minutos de ecrãs, aumenta o risco de desenvolverem síndrome de abstinência e sintomas do Espectro do Autismo. Neste estudo, verificaram, também, que o tempo de ecrã acima de 60 minutos foi associado a mais problemas internalizantes do que externalizantes.

Na sua Revisão Sistemática e Meta-Análise, Li, Cheng, Sha, Cheng, & Yan (2020) acrescentam dados ao fazer referência a um estudo de 2019 em que, a avaliação por ressonância magnética mostrou que o uso de ecrãs prejudicava o desenvolvimento da estrutura cerebral afetando a integridade microestrutural da matéria branca em crianças pequenas. Ainda acerca dos conteúdos da exposição, referem que a exposição a conteúdos violentos ou inadequados se encontram relacionados com problemas de atenção e comportamentos de agressividade, podendo conduzir ao bullying aquando da ida para a escola.

Efeitos sobre a atividade física (sedentarismo e obesidade)

Leppänen, et al. (2020) notaram que o tempo de ecrã foi o comportamento sedentário mais prevalente no lazer das criança, e que os possíveis benefícios para a saúde relacionados com a diminuição da exposição a ecrãs não se limitem apenas à diminuição do tempo sedentário, mas também, ao aumento da atividade física. Estes dados encontram-se corroborados na revisão efetuada por Li, Cheng, Sha, Cheng, & Yan (2020) onde, da mesma forma, concluem que o tempo de ecrã é o comportamento sedentário mais prevalente no tempo livre das crianças. Quanto mais tempo as crianças passam em frente ao ecrã durante um dia, menos tempo sobra para atividade física e, como sugerem Li, Cheng, Sha, Cheng, & Yan (2020), o tempo excessivo de ecrã está associado a excesso de peso/obesidade em crianças em idade pré-escolar que por sua vez, está relacionada com excesso de peso na vida adulta.

No seu artigo, Tamana, et al. (2019), descobriram que as crianças que participavam de mais de 2 horas/semana de atividade física tinham menor probabilidade de sofrer de morbidade de saúde mental.

Investigação sobre o tempo de exposição a ecrãs

Tamana, et al. (2019) sugerem a realização de ensaios clínicos randomizados sobre a utilização saudável de ecrãs e que verifiquem se a limitação da exposição a ecrãs pelas crianças causa diferenças nos problemas de atenção. Sugerem, ainda, estudos longitudinais onde seja estudado se a exposição precoce a dispositivos eletrónicos revela potenciais efeitos negativos para a saúde mental durante a idade escolar e adolescência e se a introdução da tecnologia nas salas de aula devem ser investigadas, assim como, associações entre maior tempo de exposição a ecrãs e desenvolvimento comportamental.

Leppänen, et al. (2020) apontam a necessidade de investigar associações de diferentes tipos de ecrãs com a CCC e temperamento e, também, o impacto dos diferentes tipos de ecrãs nas consequências adversas à saúde. Acreditam, ainda, que o seu estudo criará uma base para estudos futuros no esclarecimento do stress a longo prazo avaliando a CCC e tempo de exposição a ecrãs.

Kahn, et al. (2020), destacam a necessidade de examinar a combinação única de dimensões distintas do sono com o uso de ecrãs que podem prejudicar ou promover a adaptação infantil.

Li, Cheng, Sha, Cheng, & Yan (2020) apontam a necessidade de serem efetuados mais e melhores estudos sobre dispositivos de ecrãs portáteis.

Por outro lado, Waller, et al. (2021) salientam a importância de pesquisas que examinem as normas culturais e as estratégias parentais utilizadas que podem dar respostas para futuras intervenções.

Por último, Suleman et al (2022), que nos estudos futuros deve ser considerada uma amostra maior de forma a aumentar a generalização dos resultados.

CONCLUSÃO

É na idade pré-escolar que se criam mais facilmente hábitos e rotinas saudáveis. Em todos os artigos analisados é possível comprovar que a exposição excessiva e precoce aumenta a probabilidade de utilização excessiva mais tarde tendo em conta que o uso tende a aumentar ao longo do tempo.

A realização desta Revisão Integrativa da Literatura permitiu constatar que a exposição a ecrãs de crianças em idade pré-escolar tem efeitos negativos e possibilitou identificar alguns desses efeitos.

O tempo de exposição a ecrãs pelos pré-escolares conduz a distúrbios do sono associados a dificuldade em adormecer. As crianças tendem a adormecer mais tarde, apresentam menor duração do sono e menor qualidade do mesmo, com consequente aumento do cansaço diurno. Foram, de igual modo, identificados problemas comportamentais na criança. Uma exposição excessiva a ecrãs, e que não obedeça às recomendações, está associada a problemas de desatenção e agressividade (problemas externalizantes), aumenta a propensão a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), ansiedade, depressão (problemas internalizantes) e aumenta o risco de desenvolvimento de síndrome de abstinência e sintomas do espectro do autismo. Foi, ainda, constatado que a exposição a ecrãs é o comportamento sedentário mais prevalente no tempo de lazer das crianças e que está intimamente relacionado com menor tempo de atividade física estando, por conseguinte, associado a sobrepeso/obesidade em idade pré-escolar e que repercutirá em excesso de peso na vida adulta.

Ainda em contexto da exposição excessiva a ecrãs, os vários artigos dão sugestões de desenvolvimento de estudos relativos à temática. Por sua vez, considera-se pertinente serem efetuados estudos sobre a exposição a ecrãs em Portugal de forma a adaptar as recomendações à realidade portuguesa e a realização de estudos experimentais ou quase-experimentais de implementação de programas para diminuir a exposição excessiva a ecrãs principalmente em idades precoces no sentido de que este tema passe a ter enfoque nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil.

Um das limitações desta Revisão Integrativa da Literatura é não terem sido identificados todos os fatores negativos de exposição a ecrãs descritos na literatura, possivelmente por existirem poucos estudos direcionados apenas para esta grupo etário.

Referências bibliográficas

- Dantas, H. L., Costa, C. R., Costa, L. d., Lúcio, I. M., & Comassetto, I. (13 de Março de 2022). *COMO ELABORAR UMA REVISÃO INTEGRATIVA: SISTEMATIZAÇÃO DO MÉTODO CIENTÍFICO*, pp. 334-345.
- Elamin, A., Garemo, M., & Gardner, A. (2021). *International Journal of Child and Adolescent Health; Hauppauge Vol. 14, Edic. 1. Exploring lifestyle related habits of pre-schoolers in Abu Dhabi, UAE: Physical activity, screen time, and sleep (the NOPLAS project)*, pp. 73-82.
- Kahn, M., Schnabel, O., Gradisar, M., Rozen, G. S., Slone, M., Atzaba-Poria, N., . . . Sadeh, A. (1 de outubro de 2020). *European child & adolescent psychiatry*, 30(11). *Sleep, screen time and behaviour problems in preschool children: an actigraphy study*, pp. 1793-1802.
- Leppänen, M. H., Sääksjärvi, K., Vepsäläinen, H., Ray, C., Hiltunen, P., Koivusilta, L., . . . Roos, E. (27 de maio de 2020). *Association of screen time with long-term stress and temperament in preschoolers: results from the DAGIS study*, pp. 1805-1812.
- Li, C., Cheng, G., Sha, T., Cheng, W. W., & Yan, Y. (7 de outubro de 2020). *International journal of environmental research and public health*, 17(19). *The relationships between screen time use among infants, toddlers and preschoolers: a Meta-Analysis and Systematic Review*, pp. 1-19.
- Liu, S.-M., Chang, F.-C., Chen, C.-Y., Shis, S.-F., Meng, B., Ng, E., . . . Fang, W.-T. (28 de Outubro de 2021). *Effects of Parental Involvement in a Preschool-Based Eye Health Intervention Regarding Children's Screen Use in China*.
- Ordem dos Enfermeiros. (12 de julho de 2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro*, 19192-19194.
- Parente, N. M., Costa, A. E., Matos, A. P., Duarte, C. B., Freitas, C., Mota, D., . . . Martins, M. S. (2020). *utilização dos aparelhos digitais em crianças com idade entre os 12 meses e os 5 anos. Revista Portuguesa de medicina Geral e Familiar*(36), pp. 453-468.
- Póvoas, M., Castro, T., Mateus, A. M., Costa, M., Escária, A. E., & Miranda, C. M. (30 de Setembro de 2013). *O brincar da criança em idade pré-escolar*. pp. 108-112.
- Priftis, N. &. (8 de Outubro de 2023). *Children (Basel, Switzerland)*, 10(10), 1665. *Screen Time and Its Health Consequences in Children and Adolescents*.
- Rafael, A., Gouveia, M., Fernandes, S. G., Costa, A. V., Melo, S., Borges, S., . . . Mendes, G. (2020). *Exposição a "Tempo de Ecrã" e Psicopatologia na Infância*. pp. 54-66.
- Rocha, B., & Nunes, C. (7 de Julho de 2021). *The use of electronic devices by children from 0 to 5 years old of age*.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. d. (2010). *Revisão Integrativa: o que é e como fazer. einstein*(8), pp. 102-106.

- Suleman, M., Sughra, U., Riaz, A., & Akbar, M. (22 de dezembro de 2022). Pakistan journal of medical sciences, 39(2). *Effect of screen time on behavior of pre-schoolers in Islamabad*, pp. 502-507.
- Tamana, S. K., Ezeugwu, V., Chikuma, J., Lefebvre, D. L., Azad, M. B., Moraes, T. J., . . . Piush, M. (2019). *Screen time is associated with inattention problems in preschooler: Results from the CHILD birth cohort study*, 10(1371).
- Waller, N. A., Zhang, N., Cocci, A. H., D'Agostino, C., Wesolek-Greenson, S., Wheelock, K., . . . Resnicow, K. (19 de março de 2021). Child: care, health and development, 47(5). *Screen Time use impacts low-income preschool children's sleep quality, tiredness and hability to fall asleep"*, pp. 618-626.
- World Health Organization. (2019). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Genebra, Suiça.
- Yalçin, S. S., Tezol, Ö., Çaylan, N., Nergiz, M. E., Yildiz, D., & Çiçek, Ş. (2021). Evaluation of problematic screen exposure in pre-schoolers using a unique tool called "seven-in-seven screen exposure questionnaire": cross-sectional study. p. 21:472.

7.3 Apêndice III – *Comunicação livre apresentada no VII Fórum das Especialidades de Enfermagem: Vulnerabilidade(s) no olhar dos Enfermeiros Especialistas*

7.4 Apêndice IV – *Formações realizadas durante o CMEEESIP*

Formações realizadas enquanto formando, durante o percurso formativo do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica:

- “V Reunião Interdisciplinar – Cruzadas: Crescer sem Tempo” (temas abordados: O tempo e o neurodesenvolvimento: Memória(s) e desenvolvimento, Tempo para brincar, Tempo para aprender; O tempo em falta: Dismaturidades – Puberdades precoces e tardias, Ansiedade e o tempo acelerado, Decidir em tempos difíceis);
- “VI Reunião Interdisciplinar – Cruzadas: “Sinto-me Só” (temas abordados: Por(que) me sinto só? – Fenomenologia da depressão, Neurobiologia e estilos de vida, Os números em Portugal e no mundo; Posso sentir-me só? – Depressão na primeira infância, Depressão na idade escolar, Depressão na adolescência; Programas de promoção e literacia em saúde mental: Programa Ser +, Mais Contigo, Saudavelmente, Por ti, No Stress, Corpos são Mentes são);
- I Jornadas do Aleitamento Materno do HSOG (temas abordados: Golden Hour: Importância no sucesso da amamentação; Protocolo da mastite; Direitos da mãe trabalhadora; Diagnostico precoce de freio curto; Desafios do aleitamento materno na prematuridade);
- Curso on-line da Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente, que faz parte da Sociedade Portuguesa de Pediatria, sobre “As urgências pediátricas têm qualidade e são seguras?” (temas abordados: Coordenação da UP e o seu impacto nos cuidados à criança; Como promover entre os profissionais da UP uma cultura de qualidade e segurança – quais as medidas a adotar na sobrelotação (Overcrowding); Identificação das crianças e acompanhantes; Comunicação com as crianças, suas famílias e entre profissionais; Como comunicar situações de doença complexa e tomar decisões de não reanimação; Como promover na UP um ambiente centrado na criança e na família; Segurança da medicação, preparação e administração, em geral e na sala de emergência; Medicamentos de alto risco – como garantir a sua segurança – a importância da informação clara na medicação para o domicílio; Avaliação do grau de dor e as suas características – como evitar e tratar a dor; Prevenção e controlo da infeção; Avaliação

da criança – justificar estudos diagnósticos e tratamento; Plano de emergência – a sua construção e como manter os profissionais por dentro do plano);

- “I Encontro de Saúde Escolar do ACES de Matosinhos – Do Planeamento à Ação” (temas abordados: Educação Inclusiva em Contexto Escolar – Alergias Alimentares, ADITGameS, Estratégias locais nas Necessidades de Saúde Especiais -, Investigação em Saúde – Pesquisa: Ação Participativa em Saúde Escolar, Ecossistemas dos Ambientes de trabalho Saudáveis, Projeto REACT - , Competências Socio emocionais – DecidIR, Bem-estar Docente: Da evidência à prática, Modelo de Política Nutricional e Alimentar em Meio Escolar);

- "Curso Consulta do Adolescente - Abordagem clínica e particularidades" (temas abordados: as particularidades da consulta do adolescente – o que referenciar; o cérebro do adolescente; aspetos éticos e legais do estatuto do adolescente; anticoncecionais; doenças sexualmente transmissíveis; casos clínicos);

- Webinar “Libertem as Crianças” com o **Professor Doutor Carlos Neto**;

- “V Jornadas do Serviço de Pediatria e Neonatologia” do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (temas abordados: Patologia neurológica na idade pediátrica – Abordagem da primeira crise convulsiva, Fenómenos paroxísticos não epiléticos, Cefaleias; Patologia infecciosa na idade pediátrica – Febre em idade pediátrica, Antibioterapia nas infeções mais comuns, Doenças sexualmente transmissíveis; Vacinação no Adolescente; O papel da equipa de enfermagem na patologia respiratória – Dispositivos inalatórios, Cinesioterapia respiratória, Controlo da dor e desconforto; Particularidades no RN – Exame objetivo no RN, Sinais de alarme no RN, Prematuridade; Encontro entre as especialidades e o RN – Cirurgia Pediátrica, Cardiologia Pediátrica, Neurocirurgia; Yoga do riso;

- “IV Fórum das Especialidades de Enfermagem – Especialidades de Enfermagem na resposta aos ODS”, organizado pelo Instituto de Ciências da Saúde da UCP (temas abordados: 17 objetivos para o desenvolvimento sustentável, com a missão de um mundo mais justo; Contributos da Enfermagem Comunitária; Contributos da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Contributos da Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeiros Especialistas para a promoção dos ODS;

- “2a Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica” organizada pelo Centro Hospitalar Universitário de São João (temas abordados: Enfermeiro Investigador; Investigação em contexto da prática profissional - construção da evidência em pediatria; Contributo das diferentes áreas de especialidade de enfermagem no cuidado à criança/jovem e família; A importância de um bom acolhimento da criança e da família, na transformação do trauma hospitalar numa experiência positiva; Pacientes incluídos em estudos de investigação como parceiros de projeto ou como pesquisadores principais: faz sentido?; “Podemos entrar?” – o espaço educativo da operação nariz vermelho: O que pensam os estudantes de enfermagem sobre a relação paciente-profissional de saúde?; Investigação do enfermeiro de pediatria em âmbito académico;
- “Internacional Congress on Emergency 2024” da Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência (temas abordados: Intoxicações em Pediatria; Que norte para a formação? Save the Brain; Equipas de Alto Rendimento; Inteligência artificial em centros de orientação de doentes; Medical response to motorsports crashes.

7.5 Apêndice V – *Capacitação de Enfermeiros: Construindo Pontes Digitais na Saúde Infantil e Juvenil*



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Planeamento de Ação de Formação

*Capacitação de Enfermeiros: Construindo Pontes Digitais na
Saúde Infantil e Juvenil*

Alexandra Teixeira

Porto, março de 2024



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Planeamento de Ação de Formação

*Capacitação de Enfermeiros: Construindo Pontes Digitais na
Saúde Infantil e Juvenil*

Estudante: Alexandra Teixeira

Tutora: Enfermeira SM

Sob orientação de: Professora Doutora Constança Festas

Porto, março de 2024

Siglas

AAP - Academia Americana de Pediatria

AAPCA - Associação Americana de Psiquiatria da Criança e Adolescente

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

MEEESIP – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

SPC - Sociedade de Pediatria Canadiana

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

Introdução

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no Instituto de Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, nomeadamente, na unidade curricular *Estágio Final e Relatório* referente ao contexto de Cuidados de Saúde Primários surge a necessidade de realização de uma Ação de Formação de pares. A realização do estágio neste contexto decorre de 20 de novembro de 2023 a 8 de março de 2024, perfazendo um total de 180 horas.

A importância da realização desta Ação de Formação vai de encontro às competências comuns do Enfermeiro Especialista de responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, diagnosticando necessidades formativas, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Aliadas a estas acresce a importância das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) como detentor de conhecimentos e habilidades que lhe permitem responder às necessidades da criança e família, proporcionando educação para a saúde e promovendo o mais elevado estado de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Como futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica é de salientar a importância de uma prática assente na promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios, promoção da autoestima e autodeterminação da criança/jovem com especial importância para as escolhas inerentes ao seu projeto de saúde e no reconhecimento e valorização das forças e competências da família (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Neste sentido, decidi realizar uma formação subordinada ao tema “*Capacitação de Enfermeiros: Construindo Pontes Digitais na Saúde Infantil e Juvenil*”.

Este tema já me havia suscitado interesse tendo em conta a minha experiência profissional pessoal. Exerço funções num Serviço de Pediatria e observo crianças desde 1 mês até aos 17 anos e 364 dias expostos a ecrãs nas mais variadíssimas circunstâncias. Tinha alguma noção das consequências da exposição excessiva, no entanto, não sabia especificamente as repercussões e sobretudo as indicações exatas da comunidade científica sobre esta temática. Por este motivo, neste contexto de estágio fui estando atenta e desperta para esta situação. Pude constatar que se trata de uma problemática cada vez mais atual e que tem vindo a chamar a atenção de profissionais de saúde. Desta forma, e uma vez que neste campo de estágio existe uma descoberta e aproximação ao ambiente real das crianças, de quem com elas está, e dos profissionais de saúde que trabalham ativamente na promoção da sua saúde foram surgindo várias conversas sobre o

tema nas escolas, na Unidade de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

As crianças nascem e crescem num ambiente onde proliferam dispositivos eletrónicos acabando por ter contacto com estes cada vez mais jovens e utilizando-os nas suas rotinas diárias, sendo cada vez mais gritante o tempo dedicado por estas aos ecrãs (televisão, smartphone, tablet, computador e videojogos).

Isto faz-nos refletir sobre o presente e a perspetivar de alguma forma o futuro, destacando esta problemática como um desafio emergente dos enfermeiros que cuidam de crianças. Neste sentido, é pertinente a partilha de conhecimentos que lhes permita sustentar as suas práticas através do conhecimento científico mais atual.

Este documento tem como finalidade estabelecer e concretizar o planeamento desta atividade de formação, com a definição dos objetivos e estratégias necessárias para atingi-los. Além disso, pretende-se promover o desenvolvimento de competências na planificação de ações formativas para profissionais.

Posto isto, este trabalho divide-se em três capítulos que refletem a sequência da atividade aqui referida. Inicia-se com o seu planeamento e refere-se, de seguida, as particularidades da execução e, posteriormente, a avaliação da sessão. Termina-se com uma nota conclusiva do documento, as referências bibliográficas e os anexos.

Planeamento

Segundo Imperatori & Giraldes, planeamento em saúde tem como objetivo a redução dos problemas em saúde considerados como prioritários implicando a coordenação de esforço dos vários setores socioeconómicos com vista a atingir os objetivos fixados. O objetivo é, através da procura de mudança no comportamento e, essencialmente, ao nível das atitudes e comportamentos relacionados com estilo de vida saudáveis, melhorar o nível de saúde das populações.

O planeamento em saúde é constituído pelo diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de projetos execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Elaborei um planeamento de uma Ação de Formação que será explicado mais à frente neste documento. Um planeamento eficaz é essencial para alcançar as metas e objetivos estabelecidos. Esta etapa envolve a análise, preparação e implementação das melhores estratégias e condições para alcançar o resultado desejado. Além disso, planejar significa antecipar as ações necessárias, definir como serão realizadas, estabelecer prazos e responsabilidades.

Análise de Situação / Escolha do Tema

O Código de Deontológico dos enfermeiros e o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais ressaltam a importância da formação constante dos profissionais para o desenvolvimento de habilidades essenciais na prática de enfermagem. Com uma abordagem crítica e reflexiva, os enfermeiros procuram na teoria os conhecimentos essenciais para melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa.

A formação contínua é indispensável para aprimorar as habilidades, conhecimentos e atitudes dos enfermeiros, resultando num melhor desempenho e em cuidados de excelência. A busca por formação contínua é influenciada por diversos fatores, como as necessidades individuais de aprendizagem e a natureza da profissão de enfermagem. A formação em serviço é crucial para manter os enfermeiros atualizados e aprofundar os seus conhecimentos.

Atualmente, os enfermeiros que cuidam de crianças e famílias em diversos contextos enfrentam realidades extremamente exigentes e desafiadoras, que precisam ser abordadas de maneira responsável e direta. A solução para lidar com estes desafios complexos e exigentes está nos cuidados de enfermagem especializados prestados às crianças e suas famílias pelo EESIP.

O EESIP é um profissional altamente qualificado na prestação de cuidados às crianças e suas famílias. Tem um conhecimento profundo sobre como as crianças reagem às diferentes situações

da vida e questões de saúde. Assim, é capaz de desenvolver soluções personalizadas de acordo com as necessidades da criança e da família, fazendo diagnósticos, prescrevendo tratamentos e avaliando sua eficácia. Entre outras responsabilidades, o EEESIP possui um conhecimento científico aprofundado e específico na sua área de especialização, que suporta a sua prática de cuidados. Reconhece a importância da criança na tomada de decisões sobre a sua saúde e valoriza os pais como os principais cuidadores.

Desta forma, o EEESIP é o profissional adequado para efetuar formação aos colegas na área, enfatizando a necessidade de uma abordagem centrada na promoção do crescimento e desenvolvimento através de cuidados antecipatórios, promoção da autoestima e autodeterminação da criança/jovem, especialmente no que diz respeito às decisões relacionadas com a sua saúde. Além disso, destaca-se a importância de reconhecer e valorizar as habilidades e competências da família.

É no contexto desta inquietação de realidades exigentes e desafiadoras que surge o tema desta Ação de Formação que intitulei de *Capacitação de Enfermeiros: Construindo Pontes Digitais na Saúde Infantil e Juvenil*. Penso tornar-se mais interessante e convidativo, assim como personalizado, atribuir um título exclusivo a esta Ação de Formação. Contribuí para dar personalidade e identidade à formação.

Como explanado na introdução o tema desta Ação de formação foi proposto por mim com a concordância da Enfermeira Tutora da UCC e da Enfermeira Responsável pela formação, para além da Professora Doutora Constança. Tornou-se um desafio monumental, uma vez que se trata do tema central da Ação de Educação para a Saúde por mim realizada. Senti a imperiosidade e relevância de traçar uma nova trajetória para este programa formativo. A temática surgiu a partir da minha vivência profissional e da minha trajetória nos diversos contextos de estágio. Observo que a abordagem deste tema pelos enfermeiros é escassa, tornando-se imprescindível capacitar os profissionais para que possam compartilhar esse conhecimento com pais e crianças/jovens de forma adequada.

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros que atuam junto às crianças, desempenham um papel fundamental como mediadores na promoção da literacia digital e na participação das famílias nesse processo. Para exercerem eficazmente essa função de suporte no uso das tecnologias digitais como ferramentas de crescimento e desenvolvimento, torna-se imprescindível que estes profissionais recebam formação especializada e sejam sensibilizados para a relevância desta abordagem (Rocha & Nunes, 2021).

Assim sendo, desenvolvi a minha Ação de Formação de pares direcionada para os enfermeiros da UCC, mas também, para os enfermeiros da USF.

Durante a minha pesquisa pude constatar que este tema é apenas brevemente abordado nos vários programas de atuação da Saúde Escolar, mas sempre de forma sucinta, nomeadamente, no combate ao sedentarismo e promoção da atividade física, alimentação saudável e nos comportamentos aditivos sem substâncias. Acredito que o futuro passará por um programa direcionado para esta temática em que os EEESIP terão um papel fundamental de conhecimento, informação e promoção de saúde assim como acompanhamento e aconselhamento a crianças/jovens e famílias sobre esta temática.

Neste seguimento, considereei crucial fornecer aos colegas informação sobre a evidência científica mais atual de forma a, essencialmente, empoderá-los de conhecimento e literacia para a saúde pois são um importante interlocutor desta mensagem com as Ações de Educação para a Saúde nas escolas e as Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil. Tornando-se detentores de informação sentir-se-ão aptos a abordar a temática e a capacitar pais e crianças e jovens a tomar decisões informadas e conscientes acerca da sua saúde.

Nos últimos vinte anos houve um grande aumento na disponibilização de dispositivos com ecrã, o que levou a um aumento do seu uso por parte das crianças e adolescentes, atualmente designados de “*nativos digitais*”. Os ecrãs de telemóvel, tablet, televisão e computador fazem agora parte do seu quotidiano proporcionando um fácil acesso a informação, entretenimento, comunicação e publicidade. Como resultado desta nova realidade surgiu o termo “*tempo de ecrã*” ou “*tempo de exposição a ecrãs*” que se refere ao tempo que as crianças e jovens passam expostos a estes dispositivos (Rafael, et al., 2020).

Um estudo realizado em Portugal demonstrou que 54,3% das crianças entre os 11 meses e os 6 anos e meio passam mais de duas horas por dia em “*tempo de ecrã*” e que crianças entre os 3 e os 5 anos passam, em média, 154 minutos por dia em frente a ecrãs (Rodrigues et al, 2020).

Esta exposição pode trazer benefícios para as crianças e jovens em diferentes domínios como relacionamento social pela possibilidade de comunicação com pessoas distantes geograficamente possibilitando a conexão com diversas realidades, culturas, costumes. A saúde através da capacidade de aceder a informações que querem que permaneça anónimas sobre assuntos para si delicados; informações que antes pareciam impossíveis de encontrar e hoje, encontram-se a um clique de distância. A nível físico a destreza óculo-manual e a motricidade fina são altamente desenvolvidas, pela frequência e rapidez com que manuseiam os instrumentos digitais (Beco, et al., 2016). E a educação, com novas formas de aprendizagem através de programas interativos de qualidade que podem melhorar o nível de aprendizagem das crianças quer ao nível da Matemática, quer na alfabetização, melhorando o grau de compreensão fonética desde que acompanhados pelos pais. A tecnologia quando usada de maneira adequada, promove a aprendizagem das

crianças, desde que os conteúdos sejam adequados à idade e o tempo seja o recomendado. Se não afetar a rotina, os ecrãs podem ser vistos como uma extensão da brincadeira (livros de colorir) e dos estudos (jogos didáticos) e podem ser utilizados para estimular a criatividade (Rocha, Bezerra, Gomes, Mendes, & Lucena, 2022).

Os conteúdos pedagógicos, ricos e estimulantes, ajudam a criança/jovem a moldar a sua própria identidade e a abrir uma janela panorâmica para o mundo, o que lhes desperta a curiosidade, a criatividade e a imaginação e lhes proporciona ambientes de aprendizagem (UNICEF, 2017).

Por outro lado, e tendo em conta este aumento de exposição a ecrãs, surgiram inquietudes relacionadas com efeitos negativos devido às repercussões para a saúde e desenvolvimento das crianças. Este motivo constituiu uma preocupação para profissionais de saúde e investigadores, o que conduziu a que entidades como a OMS, Academia Americana de Pediatria (AAP), Associação Americana de Psiquiatria da Criança e Adolescente (AAPCA) e a Sociedade de Pediatria Canadiana (SPC) apresentassem orientações quanto ao tempo de exposição a ecrãs por faixa etária, tal como se pode ver na tabela seguinte e são recomendações internacionais para o dia de semana (Rafael, et al., 2020):

Recomendação	Idade	Entidade			
		OMS	AAP	AAPCA	SPC
“tempo de ecrã” = 0 horas	< 1 ano	X			
	<18 meses		X*	X*	
	<2 anos				X
“tempo de ecrã” ≤1 hora	1-4 anos	X			
	2-5 anos		X**	X**	X**
Tempo ≤ 2 horas	5-18 anos		***	***	X****
			****	****	

* limitar a videochamadas (familiar fora da cidade). Dos 18 aos 24 meses limitar a programas educativos na presença do cuidador, de forma a permitir a interpretação dos conteúdos.

**Programas de alta qualidade, na presença do cuidador, de forma a facilitar a compreensão e escolha dos conteúdos.

*** >6 anos: limitar o “tempo de ecrã” e tipo de utilização e garantir que têm hábitos de sono, atividade física e outros comportamentos saudáveis.

****5-18 anos: exposição personalizada e equilibrada.

A OMS enfatiza que o uso excessivo de dispositivos eletrónicos é prejudicial para as crianças e jovens. Recomenda que as crianças com idade inferior a 12 meses não devem ser expostas a ecrãs,

assim como até aos 2 anos de idade com exceção, a partir dos 18 meses, a utilização limitada a videochamadas para familiares que se encontrem distantes. Em crianças dos 2 aos 5 anos o tempo de exposição a ecrãs não deve ultrapassar os 60 minutos por dia, sendo que os conteúdos devem ser educativos e adequados à faixa etária, sempre com o acompanhamento e supervisão parental. Para as crianças/jovens dos 5 aos 18 anos a recomendação é de, no máximo, duas horas de exposição, com limites estabelecidos, de forma a não prejudicar o sono ou a atividade física, reservando algum tempo livre de exposição (Organização Mundial de Saúde, 2020). A covisualização com um adulto aliada à seleção criteriosa de programas educativos, tem o potencial de atenuar os impactos negativos associados ao uso de dispositivos eletrónicos, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento linguístico infantil (Rafael, et al., 2020). De acordo com a OMS, para que as crianças cresçam com saúde, é recomendado que passem menos tempo sentadas e mais tempo a brincar (Organização Mundial de Saúde, 2020).

Como já referi, apesar dos benefícios dos dispositivos eletrónicos, existe uma preocupação cada vez maior quanto aos efeitos nefastos do tempo de exposição a ecrãs. São descritos efeitos prejudiciais no desenvolvimento infantil, dificuldade na linguagem, défice cognitivo, dificuldades emocionais e de autorregulação, comportamentais a nível social e familiar, uma vez que a interação com os seus cuidadores e com o mundo que as rodeia é essencial para que desenvolvam capacidades emocionais, cognitivas, de linguagem e motoras. Praticar habilidades de comunicação, interagir face-a-face com outras pessoas, estabelecer interações verbais e não verbais é essencial no desenvolvimento. Interação esta, que as crianças não são capazes de desenvolver em frente a um ecrã (Rocha, Bezerra, Gomes, Mendes, & Lucena, 2022). Existem, inclusivamente, estudos que associam o excessivo tempo de ecrãs com Perturbação da atividade e défice de atenção (PHDA).

Encontram-se associados à exposição excessiva de dispositivos eletrónicos alterações de visão, nomeadamente, visão turva, olhos secos e cansados e desenvolvimento de miopia (Lissak, 2018).

As deformações músculo-esqueléticas, alterações da postura e diminuição da densidade óssea são, também, já associadas ao tempo de exposição a ecrãs devido à inclinação da cabeça e movimentos repetitivos do punho e braço associados a videojogos por exemplo (Lissak, 2018).

O tempo de utilização dos dispositivos, o conteúdo assistido e o uso de dispositivos imediatamente antes de dormir são os principais fatores causadores de alterações no sono associadas a alterações fisiológicas como o aumento das hormonas de stress, afetando a qualidade do sono, atraso na hora de adormecer, diminuição do número de horas de sono e fadiga diurna (Parente, et al., 2020). Um estudo de Falbe et al. (2015) indicou que crianças que dormiram próximas de dispositivos eletrónicos pequenos descreveram ter tido menos tempo de sono e perceção de que o sono não foi reparador. Outros investigadores, reportam que o atraso na hora de deitar e a redução do número

de horas de sono se deve à exposição a ecrãs no quarto. É crucial compreender que a presença de estímulos emocionantes após o jantar representa uma disfunção, sendo preocupante que, durante a fase de regulação do ciclo sono-vigília, a televisão assuma um papel predominante no processo de adormecimento (Parente, et al., 2020). Por este motivo, as recomendações da OMS são de que seja evitada a exposição a ecrãs pelo menos uma hora antes de dormir. Para além disto, a AAP, AAPCA e SPC sugerem a existência de tempo “*media-free*”, ou seja, locais da casa onde os ecrãs estejam desligados e de divisões onde não existam dispositivos eletrónicos, especialmente, o quarto. Da mesma forma, aconselham que o momento das refeições e da leitura seja sem ecrãs (Rafael, et al., 2020).

Autores defendem que as crianças que seguem as recomendações sobre o tempo de exposição a ecrãs, apresentam padrões alimentares mais saudáveis, com maior ingestão de fruta e legumes (Rocha, Bezerra, Gomes, Mendes, & Lucena, 2022). Pois, associando padrão e publicidade alimentar indevidas, problemas de sono e aumento do sedentarismo e conseqüente diminuição (ou inexistência) de atividade física à utilização excessiva de dispositivos conduzirá à obesidade. Referem, também, associação com hipertensão arterial, síndrome metabólico, risco carcinogénico e infertilidade (Lissak, 2018).

A saúde mental agregada à excessiva exposição aos ecrãs é de cada vez mais interesse e preocupação. Têm sido associados problemas comportamentais, incapacidade de autorregulação, mudanças de humor súbitas, irritabilidade, PHDA, distúrbios alimentares, baixa autoestima, sintomas depressivos como comportamentos suicidários relacionados com a utilização excessiva de telemóvel, particularmente, o envio de mensagens antes de dormir e o receio de não as receber (Rafael, et al., 2020). Concomitantemente, verificam-se comportamentos de vício e adição (Lissak, 2018). As novas tecnologias apresentam diversos riscos, tais como, o *cyberbullying*, a pornografia, o sexting, o *selftracking*, a internet das coisas, a reputação na rede, o discurso de ódio e o extremismo (Ponte & Batista, 2019).

O papel dos pais como modelo comportamental é fundamental uma vez que as crianças mimetizam os comportamentos de tempo de ecrã dos pais. O tempo de exposição dos pais é diretamente proporcional ao tempo de exposição das crianças, logo, se os pais reduzirem a utilização de dispositivos, o impacto no comportamento de exposição aos ecrãs pelos filhos será positivo. A AAP refere que os pais que passam mais tempo em dispositivos eletrónicos têm menor interação verbal e não-verbal com os filhos e que isto está intimamente ligado a um maior risco de conflito entre ambos (Parente, et al., 2020).

Neste sentido a Direção Geral de Saúde no seu documento de “*Recomendações para um estilo de vida saudável*” delineou recomendações para os pais de modo a que a utilização de dispositivos seja efetuada de forma segura de forma e a favorecer a autonomia e a resolução de problemas.

Por outro lado, a instituição de regras demasiado restritivas podem limitar a oportunidades de aprendizagem (Direção-Geral da Saúde, 2022). As indicações são:

- O tempo de ecrã (tempo passado a ver televisão, em frente ao computador ou no telemóvel/tablet) não deve ser promovido em caso de crianças com menos de 2 anos;
- A televisão e os dispositivos eletrónicos ligados à internet devem ficar fora do quarto das crianças. A sua utilização deve ser evitada uma hora antes do momento de ir dormir;
- As regras devem ser razoáveis, mas firmes. A família deve ser o exemplo e adequar o seu próprio tempo de ecrã na presença da criança;
- Evitar o uso dos ecrãs como recompensa (ou consequência), pois poderá promover a supervalorização dos mesmos pela criança/jovem;
- O acompanhamento da criança na navegação pela internet, principalmente em idades mais precoces, é fundamental para capacitar e promover a utilização segura;
- Incentivar a leitura crítica dos conteúdos - nem tudo o que está na internet é verdadeiro;
- Estabelecer critérios na escolha dos jogos, aplicações e sites, de acordo com a faixa etária, os interesses e as necessidades da criança;
- Estabelecer regras e limites nas definições de segurança e privacidade ao instalar qualquer aplicação ou jogo (ex.: desativar janelas de conversação, desativar localização, tornar a conta privada);
- Orientar as crianças no sentido de não partilharem dados pessoais e não terem comportamentos inadequados;
- Alertar para os riscos associados à utilização das redes sociais (partilha de dados pessoais, roubo de identidade, o *cyberbullying* ...). Para saber mais sobre a utilização segura, pode consultar: <http://janela-abertafamilia.minsaude.pt/videos/seguranca-riscosda-internet>;
<https://www.internetsegura.pt/RiscosComportamentoslinhainternetsegura@apav.pt> ;
Linha Internet Segura (Número 800 21 90 90) ; *Digital Parenting*
(<https://www.parents.parentzone.org.uk/>)
- As ferramentas de controlo parental podem ajudar a tomar decisões mais seguras na orientação e acompanhamento das crianças/adolescentes na utilização de dispositivos com ligação à internet. Pode consultar mais sobre estas ferramentas, por exemplo: *Google Family Link, Apple Screen Time, Family Locator, Kaspersky Safe Kids, Qustodio Parental Control, Youtube Kids, Our Pact.*

O enfermeiro, devido ao seu contacto privilegiado com as crianças e seus cuidadores, emerge como um agente vital para a transmissão desta mensagem durante consultas de saúde infantil e juvenil, constituindo assim uma excelente oportunidade para a divulgação da mesma (Parente, et al., 2020). Neste sentido, os EEESIP, seguindo as diretrizes estabelecidas pela DGS, podem desempenhar um papel fundamental na abordagem do uso de dispositivos eletrónicos durante consultas de saúde infantil e no contexto escolar, adotando uma abordagem equilibrada que

fomente a reflexão sobre os desafios e benefícios do mundo digital para as crianças/jovens que estão a crescer e desenvolver-se na era tecnológica.

Efetivamente, a educação para os media pode contribuir para mitigar a utilização excessiva, tanto por parte das crianças quanto dos seus pais ou responsáveis por elas. A consciencialização dos pais sobre as questões relacionadas com a tecnologia permite que possam gerir de forma mais eficaz o uso dos dispositivos digitais.

Um estudo conduzido por Parente (2020) revelou que os pais percebem a falta de abordagem sobre este tema nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil, mas expressam o desejo de que seja discutido. Evidências mostram que os pais estão divididos entre os potenciais benefícios e malefícios da exposição a ecrãs, especialmente em relação à saúde, e manifestam preocupação sobre a capacidade de a criança lidar com um ambiente dominado pela tecnologia no futuro (Parente, et al., 2020).

A abordagem por parte dos profissionais de saúde em relação ao uso de ecrãs por crianças e adolescentes é um tema recente, porém ainda não devidamente estruturado na prática clínica da saúde infantil e juvenil. Neste sentido, é crucial destacar que, até o momento, não há evidências de eficácia de intervenções para reduzir o tempo de exposição a dispositivos eletrónicos em crianças. No entanto, o *Royal College of Paediatrics and Child Health* identificou quatro questões simples que podem ser incluídas na história clínica e fornecer informações valiosas sobre o comportamento da família em relação a este hábito: “*O tempo de ecrãs em sua casa é controlado?*”, “*O uso de ecrãs interfere no que a sua família deseja fazer?*”, “*O uso de ecrãs interfere com o sono?*”, “*Consegue controlar os snacks durante o tempo de ecrã?*” (Parente, et al., 2020).

Tal como a DGS delineou recomendações para os pais sobre a utilização de dispositivos, também a AAP preconiza orientações específicas a serem compartilhadas com os pais durante a consulta. São regras como estabelecer limites claros em relação ao tempo de exposição diária a dispositivos eletrónicos e delimitar áreas livres de tecnologia; criar um horário dedicado à visualização de conteúdos em conjunto por pais e filhos; identificar atividades e momentos de interação familiares como insubstituíveis; e promover uma etiqueta digital adequada, na qual os pais devem se comprometer a servir como modelos confiáveis nesse contexto (Parente, et al., 2020).

As diretrizes da AAP também ressaltam a importância da elaboração de um plano familiar para a utilização dos dispositivos eletrónicos, o qual deve ser desenvolvido em conjunto com um profissional de saúde. Esse plano auxilia na compreensão mais precisa do uso dos dispositivos, direciona-o para conteúdos educativos e aborda a importância da definição de regras. É essencial reservar momentos para atividades em família sem a presença de ecrãs e para a prática de exercício físico, bem como atribuir à criança responsabilidades em relação às tarefas escolares e

gestão do seu tempo (Rafael, et al., 2020). A ferramenta *Family Media Use Plan tool* disponibilizada pela AAP tem como intuito controlar o acesso diário dos media e melhorar a qualidade de vida familiar.

O EEESIP pode ser um valioso aliado para as famílias em busca de orientações personalizadas sobre como estabelecer regras e diretrizes familiares que atendam às necessidades individuais de cada membro. Ao abordar o uso dos media com as famílias, os enfermeiros podem orientá-las no preenchimento e implementação do Family Media Use Plan. Este plano pode servir como uma ferramenta educacional, permitindo aos enfermeiros compartilhar informações sobre os benefícios e riscos à saúde associados tanto aos media tradicionais quanto às novas. Além disso, os enfermeiros podem abordar questões específicas relacionadas ao uso de dispositivos eletrônicos, como a redução da atividade física, distúrbios do sono e exposição a conteúdos prejudiciais, como cyberbullying. Ao explorar os valores e objetivos de saúde de cada família, os enfermeiros podem identificar áreas de melhoria e sugerir maneiras de utilizar os media de forma construtiva, promovendo a conexão, aprendizagem e criatividade em vez de apenas o consumo passivo. Caso surjam dificuldades na implementação do Family Media Use Plan, os enfermeiros podem recorrer a técnicas de entrevista motivacional e resolução de problemas para encontrar soluções em conjunto com pais e filhos. Podem, também, disponibilizar informações sobre plataformas educacionais e informativas confiáveis. Em suma, o EEESIP tem a oportunidade de auxiliar as famílias na promoção de um ambiente familiar saudável e equilibrado em relação ao uso dos dispositivos eletrônicos (Reid Chassiakos, Radesky, Christakis, & al, 2016).

A AT&T (*American Telephone and Telegraph*) com a colaboração de parceiros especializados como a AAP, *Family Online Safety Institute*, *Common Sense Media* e *Public Library Association* criou a página *AT&T Screen Ready* que partilha dicas e ferramentas para ajudar as famílias a gerir a sua experiência online, praticar hábitos digitais saudáveis e participar plenamente no mundo conectado de hoje, capacitando conexões seguras e positivas em todos os ecrãs (AT&T, 2022). Algo muito interessante que pode ser encontrado nesta página é, por exemplo, um “jogo” com 10 perguntas, desenvolvidas pela AT&T e por pediatras da AAP para pais de crianças e adolescentes em idade escolar que determinam se a criança/jovem se encontra preparado para ter um telemóvel.

Formulação de Objetivos

Somente os objetivos indicam os resultados que se pretendem atingir, como tal, a formulação dos mesmos é fundamental na realização de uma ação de educação para a saúde.

A população-alvo são os enfermeiros da UCC e enfermeiros da USF.

- Objetivos Gerais:
 - Dotar os enfermeiros de conhecimentos sobre o tempo de exposição a ecrãs/dispositivos eletrónicos.
- Objetivos Específicos

No final desta sessão pretende-se que os enfermeiros sejam capazes de:

- Indicar o tempo que as crianças, por faixa etária, podem estar expostas a ecrãs segundo as orientações da OMS;
- Indicar uma vantagem da utilização de dispositivos eletrónicos;
- Indicar uma desvantagem da utilização de dispositivos eletrónicos;
- Indicar o tempo que uma criança deve permanecer antes de dormir sem exposição a ecrãs;
- Tomar conhecimento de que existem orientações específicas a serem partilhadas com os pais sobre a utilização de dispositivos eletrónicos pela DGS e AAP;
- Tomar conhecimento de que existem sugestões de questões simples sugeridas pela *Royal College of Paediatrics and Child Health* que podem ser incluídas na história clínica e fornecer informações valiosas sobre o comportamento da família em relação à exposição a ecrãs;
- Tomar conhecimento de que a AAP recomenda a elaboração de um Plano Familiar de utilização de Media em conjunto com um profissional de saúde.

Seleção e Organização de Conteúdos

Os conteúdos que serão elaborados na apresentação serão:

- Tempo de exposição a ecrãs – orientações da OMS, AAP, AAPCA e SCP;
- Vantagens da utilização de dispositivos eletrónicos;
- Desvantagens da utilização de dispositivos eletrónicos;
- Recomendações aos pais sobre utilização de dispositivos eletrónicos pela DGS e AAP;
- Aplicações de apoio parental: Family Link, Family Locator, Kaspersky Safe Kids, Qustodio Parental Control, Youtube Kids, Our Pact,
- Local pesquisa de informação fidedigna e esclarecimento sobre a temática: Family Media Plan (<https://healthychildren.org/English/fmp/Pages/MediaPlan.aspx>), Digital

Parenting (<https://www.parents.parentzone.org.uk/>), Linha Internet Segura (Número 800 21 90 90) e linhainternetsegura@apav.pt.

Seleção e Organização de Estratégias de Ensino / Aprendizagem

A metodologia utilizada será o método expositivo com auxílio de meio de ensino e aprendizagem de um Projetor Multimédia.

Formadores: Alexandra Teixeira estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, sob orientação da [REDACTED]

Tema: *Capacitação de Enfermeiros: Construindo Pontes Digitais na Saúde Infantil e Juvenil*

Grupo alvo: Enfermeiros UCC e USF

Data e Hora: 4 de março às 14h

Local: UCC [REDACTED]

Duração: 1 hora e 15 min

Objetivo Geral: Dotar os enfermeiros de conhecimentos sobre o tempo de exposição a ecrãs/dispositivos eletrónicos.

Objetivos Específicos:

- Indicar o tempo que as crianças, por faixa etária, podem estar expostas a ecrãs segundo as orientações da OMS;
- Indicar uma vantagem da utilização de dispositivos eletrónicos;
- Indicar uma desvantagem da utilização de dispositivos eletrónicos;
- Indicar o tempo que uma criança deve permanecer antes de dormir sem exposição a ecrãs;
- Tomar conhecimento de que existem orientações específicas a serem compartilhadas com os pais sobre a utilização de dispositivos eletrónicos pela DGS e AAP;
- Tomar conhecimento de que existem sugestões de questões simples sugeridas pela *Royal College of Paediatrics and Child Health* que podem ser incluídas na história clínica e fornecer informações valiosas sobre o comportamento da família em relação à exposição a ecrãs;

<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conhecimento de que a AAP recomenda a elaboração de um Plano Familiar de utilização de Media em conjunto com um profissional de saúde. • 			
Fases/ tempo	Conteúdo	Metodologia	Avaliação
Introdução 15 minutos	Apresentação pessoal dos formadores e do tema. Avaliação diagnóstica	Utilização do método afirmativo – participativo com o auxílio da técnica da exposição (projeção de diapositivos em Power Point) Questionário	Resposta às perguntas fechadas
Desenvolvimento 45 minutos		Utilização do método afirmativo - participativo com o auxílio da técnica da exposição e demonstração (projeção de slides em Power-Point)	
Conclusão 15 minutos	Resumo das ideias principais Abertura à participação e ao esclarecimento de dúvidas Bibliografia Avaliação imediata	Utilização do método afirmativo – participativo com o auxílio da projeção de slides e vídeo) Questionário Motivação para o diálogo	Resposta às perguntas fechadas

Seleção e Organização de Estratégias de Avaliação

A avaliação diz respeito a um momento primordial. É uma forma de analisar se os objetivos inicialmente propostos foram alcançados. É pertinente que seja igualmente um momento de reflexão sobre o trabalho efetuado e sobre a necessidade de alterações futuras.

A avaliação desta ação de educação será efetuada com recurso a um questionário que será aplicado no início e no final da sessão a fim de verificar se houve ganhos em saúde.

A avaliação desta ação de formação será realizada por indicadores de processo e indicadores de resultado que passo a apresentar.

Indicadores de Processo:

- % de respostas corretas no questionário antecedente à formação.

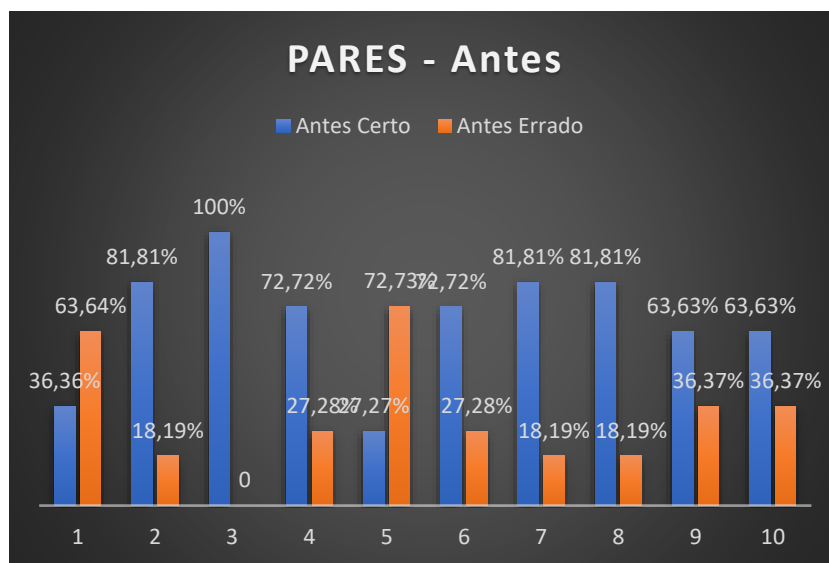
Indicadores de Resultado:

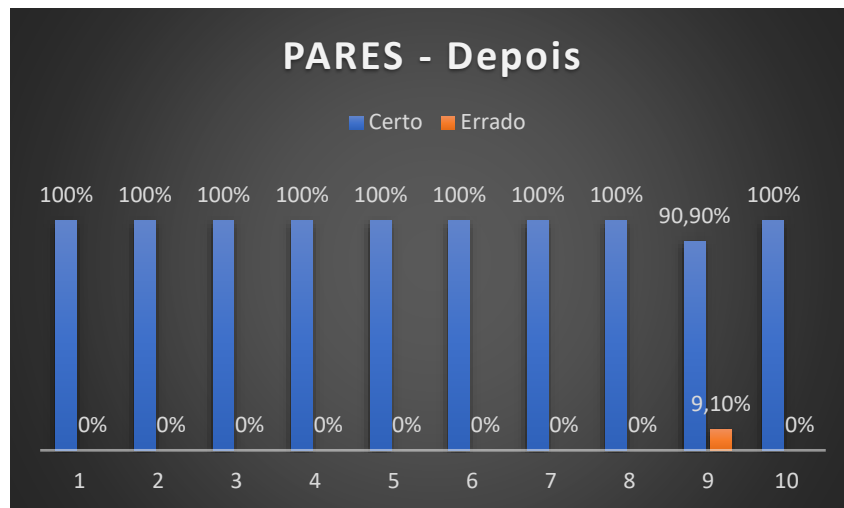
- % de respostas corretas no questionário pós formação.

Avaliação

Estiveram presentes na formação 11 enfermeiros, todos da UCC, o que corresponde a 100% dos enfermeiros da unidade. Também foram convidados enfermeiros da USF, no entanto, não esteve nenhum presente. Apesar disso, o objetivo da presença de todos os enfermeiros da UCC foi atingido.

Todos os formandos presentes responderam ao questionário de avaliação da formação. Relativamente aos conhecimentos demonstrados no final da formação, estes estão patentes no seguinte gráfico:





Após a análise do gráfico referente à avaliação do conhecimento após a sessão de formação, percebe-se que não houve respostas incorretas com exceção da pergunta número 9 que justifico por ter sido a primeira vez que tiveram conhecimento das questões sugeridas pela Royal College of Pediatrics and Child Health, pelo que pode ter suscitado dúvidas, no entanto, os resultados indicam que os objetivos foram atingidos com sucesso.

Conclusão

Os dispositivos eletrónicos fazem parte do dia-a-dia de qualquer família. Este aumento significativo na disponibilidade de dispositivos eletrónicos de ecrã resultou no aumento da sua utilização por crianças e jovens.

A era digital oferece benefícios como as infinitas possibilidades de informação, mas a utilização excessiva e descontrolada pode ter resultados negativos no desenvolvimento infantil, distúrbios de sono e alimentares, problemas de visão e postura, além de causar dificuldades de relacionamento interpessoal e de interação social, assim como no desempenho escolar.

Por se constatar que, apesar dos benefícios, os prejuízos se sobrepõem, entidades como OMS e AAP lançaram recomendações, que em tudo são muito semelhantes, sobre o tempo de utilização recomendado de dispositivos eletrónicos.

Considero, portanto, crucial que os enfermeiros estejam cientes destas diretrizes, implementem programas de sensibilização e educação, e incorporem este tema nas consultas de saúde infantil e juvenil, tornando-o também central na saúde escolar. Somente desse modo o conhecimento poderá ser transmitido às crianças/jovens, aos pais e à comunidade em geral sobre a importância de utilizar os dispositivos de forma responsável. É essencial que os pais estejam atentos ao tempo que as crianças passam em frente às telas, supervisionando e acompanhando o uso dos dispositivos, priorizando conteúdos educativos adequados ao estágio de desenvolvimento e incentivando atividades ao ar livre e brincadeiras em família. Muitos pais desejam conteúdos educativos e apropriados para seus filhos, porém nem sempre compreendem os potenciais efeitos negativos do uso excessivo de telas. Neste contexto, o enfermeiro, em particular o EEESIP, desempenha um papel fundamental na promoção de um uso saudável das tecnologias, prevenindo as consequências sociais, emocionais e biológicas associadas ao uso inadequado dos dispositivos digitais. É necessário um esforço conjunto para garantir que as crianças e jovens usufruam dos benefícios da tecnologia sem que isso comprometa a sua saúde.

Este planeamento foi fulcral para a minha prática pedagógica, mas também profissional, tanto no presente quanto no futuro. Por um lado, o planeamento em saúde é fundamental, pois ajuda a gerir recursos com eficiência, a refletir sobre a temática de forma crítica e a alcançar com maior sucesso os objetivos estabelecidos. Por outro lado, acredito que, ao adotar uma abordagem centrada na família, tenho as ferramentas necessárias para desempenhar de forma eficaz a deteção precoce de perturbações, a sensibilização para situações de risco e a criação de momentos que facilitem a aquisição de conhecimentos e capacidades facilitadores do desenvolvimento e potenciadores de saúde. O envolvimento ativo da criança/jovem e da família é crucial para o sucesso dos cuidados de enfermagem e para alcançar melhorias significativas na saúde.

O EEESIP desempenha um papel crucial na partilha de informações e conhecimentos, no desenvolvimento de habilidades e capacidades, visando melhorar a saúde de forma constante e duradoura. A prevenção e educação são fundamentais para garantir um equilíbrio saudável entre a “*vida tecnológica*” e a “*vida real*” das nossas crianças e jovens.

Referências Bibliográficas

- AT&T. (20 de julho de 2022). Obtido de The American Academy of Pediatrics and AT&T Launch Free Tools to Help Families Determine Child's Cell Phone Readiness and Create Healthy Media Use Habits: <https://about.att.com/story/2022/aap-digital-tools.html>
- Beco, A., Vieira, B., Gaspar, C., Costa, F. R., Soares, G., Aparício, L., . . . Teixeira, S. (2016). *Geração Virtual: Infância Perdida entre ecrãs*.
- Diário da República. (4 de setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - REPE. *Decreto-Lei n.º 161/96. 2959 - 2962*.
- Direção-Geral da Saúde. (12 de agosto de 2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Recomendações para um estilo de vida saudável e seguro. Portugal.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª Edição)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Lissak, G. (27 de fevereiro de 2018). Environmental research, 164. *Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: Literature review and case study*, pp. 149–157.
- Ordem dos Enfermeiros. (23 de Abril de 2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.
- Ordem dos Enfermeiros. (22 de Junho de 2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (12 de Julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2.ª série — N.º 133*.
- Organização Mundial de Saúde. (2020). Diretrizes sobre atividade física, comportamento sedentário e sono para crianças com menos de 5 anos de idade.
- Parente, N. M., Costa, A. E., Matos, A. P., Duarte, C. B., Freitas, C., Mota, D., . . . Martins, M. S. (2020). utilização dos aparelhos digitais em crianças com idade entre os 12 meses e os 5 anos. *Revista Portuguesa de medicina Geral e Familiar*(36), pp. 453-468.
- Ponte, C., & Batista, S. (fevereiro de 2019). EU Kids e NOVA FCSH. *EU Kids Online Portugal. Usos, competências, riscos e mediações da internet reportados por crianças e jovens (9-17 anos)*.
- Rafael, A., Gouveia, M., Fernandes, S. G., Costa, A. V., Melo, S., Borges, S., . . . Mendes, G. (2020). Exposição a "Tempo de Ecrã" e Psicopatologia na Infância. pp. 54-66.

- Reid Chassiakos, Y., Radesky, J., Christakis, D., & al, e. (Novembro de 2016).
PEDIATRICS Volume 138 , number 5. *AAP COUNCIL ON
COMMUNICATIONS AND MEDIA. Children and Adolescents and Digital
Media.*
- Rocha, B., & Nunes, C. (7 de Julho de 2021). The use of electronic devices by children
from 0 to 5 years old of age.
- Rocha, M., Bezerra, R., Gomes, L., Mendes, A., & Lucena, A. (21 de março de 2022).
Research, Society and Development, v. 11, n. 4. *Consequências do uso
excessivo de telas para a saúde infantil: uma revisão integrativa da literatura,*
pp. 1-10.

Apêndices

Apêndice I – Poster de Convite aos Enfermeiros



Apêndice II - Diapositivos da AES

The image displays a grid of 21 presentation slides, numbered 1 through 21, from the AES project. The slides are organized as follows:

- Slide 1:** "Capacitação de Agentes Comunitários Promovendo Práticas Digitais nas Famílias e Jovens".
- Slide 2:** "Sumário" (Summary) with a central globe and arrows pointing to various topics.
- Slide 3:** "Nos próximos 20 anos haverá um grande aumento na disponibilidade de dispositivos com acesso, o que levará a um aumento do seu uso por parte das crianças e jovens, incluindo dispositivos 'ativos digitais'".
- Slide 4:** "Benefícios do uso de dispositivos eletrônicos de ecrã".
- Slide 5:** "Melhoramento social pela possibilidade de comunicação com pessoas situadas em locais remotos, acesso a conteúdos educativos, aprendizagem personalizada e serviços com diversas modalidades, incluindo realidade virtual, realidade aumentada".
- Slide 6:** "Capacidade de aceder a informações que permitem que permaneça atualizado sobre assuntos para si relevantes; informações que antes pareciam impossíveis de encontrar e obter, encontram-se a um clique de distância".
- Slide 7:** "A Internet, áudio-visual e a mobilidade têm sido altamente desenvolvidas, pela frequência e rapidez com que mudamos as ferramentas digitais".
- Slide 8:** "Novos formatos de aprendizagem através de programas educativos de qualidade que podem melhorar a nível de aprendizagem".
- Slide 9:** "Malefícios do uso de dispositivos eletrônicos de ecrã".
- Slide 10:** "Alterações da visão". "Visão turva, olhos secos e vermelhos e desenvolvimento de catarata".
- Slide 11:** "Deformações músculo-esquelóticas", "Alterações de postura", "Diminuição da densidade óssea".
- Slide 12:** "Perturbações do sono". "Tempo de utilização dos dispositivos, e conteúdo associado e o uso de dispositivos frequentemente antes de dormir".
- Slide 13:** "Alterações Alimentares". "Obesidade".
- Slide 14:** "Alterações Alimentares". "Anorexia/bulimia".
- Slide 15:** "Alterações Alimentares". "Anorexia/bulimia".
- Slide 16:** "A Internet tem ajudado os investigadores sobre o tempo de exposição a ecrãs, apesar de não haver consenso sobre a quantidade, com maior ligação de risco a crianças".
- Slide 17:** "Por cada hora adicional de exposição à televisão, o risco de obesidade aumenta cerca de 2%".
- Slide 18:** "efeitos associados com quebras de sono: irritabilidade, dificuldade de aprendizagem, problemas de comportamento, problemas de saúde mental, problemas de saúde física".
- Slide 19:** "efeitos associados com quebras de sono: problemas de aprendizagem, problemas de comportamento, problemas de saúde mental, problemas de saúde física".
- Slide 20:** "efeitos associados com quebras de sono: problemas de aprendizagem, problemas de comportamento, problemas de saúde mental, problemas de saúde física".

Riscos das novas tecnologias

- o cyberbullying
- a pornografia
- o gaming
- o phishing
- a Internet das coisas
- a vigilância na rede
- o discurso de ódio e a xenofobia
- as possibilidades associadas

19

Apesar dos benefícios, as crianças enfrentam os perigos associados com o uso excessivo de dispositivos eletrônicos. A seguir, confira algumas estatísticas sobre o uso de dispositivos eletrônicos por crianças e adolescentes.

Demografia	Idade	99%	98%	97%	96%	95%
Tempo de uso*	1-11 anos	0	0	0	0	0
12-17 anos	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00
Tempo de uso**	1-11 anos	1:00	1:00	1:00	1:00	1:00
12-17 anos	2:00	2:00	2:00	2:00	2:00	2:00
Tempo de uso***	1-11 anos	1:00	1:00	1:00	1:00	1:00
12-17 anos	2:00	2:00	2:00	2:00	2:00	2:00

20

A OMS recomenda que:

- crianças com idade inferior a 11 meses não devem ver ecrãs e ecrãs
- crianças com idades até aos 2 anos de idade com ecrãs, a partir das 18 horas, e ecrãs limitados a vídeos interativos para familiares que se encontram próximos
- crianças 3 aos 5 anos a tempo de ecrãs e ecrãs não deve ultrapassar 30 minutos por dia
- crianças (jovens das 6 aos 18 anos até duas horas de ecrãs). (com limites estabelecidos, de forma a não prejudicar o sono ou a atividade física, reservando algum tempo livre de ecrãs)

21

Para além disso, a AAP, AAPCA e SPC sugerem:

- Evitar de ecrãs e ecrãs, pelo menos uma hora antes de dormir
- Evitar de ecrãs de ecrãs "media-free" - onde os ecrãs estão desligados e as crianças onde não existem dispositivos eletrónicos, especialmente, a noite
- O momento das refeições, da leitura e elaboração de TPC não tem ecrãs

22

Se a criança estiver a usar ecrãs, a OMS recomenda:

- Se a criança estiver a usar ecrãs, a OMS recomenda:
- Se a criança estiver a usar ecrãs, a OMS recomenda:

23

O desenvolvimento da criança depende da interação com os adultos!

24

Qual o papel do Enfermeiro na abordagem do uso de dispositivos eletrónicos?

25

O Enfermeiro:

- Tem contacto privilegiado com as crianças e suas cuidadoras
- Tem um papel fundamental na abordagem do uso de dispositivos eletrónicos durante consultas de saúde infantil e no contacto escolar
- Deve ter uma abordagem equilibrada que fomente o reflexo sobre os desafios e benefícios do mundo digital para as crianças (jovens que estão a crescer e desenvolver-se no era tecnológica)

26

Como abordar o uso de dispositivos eletrónicos?

- em pelo primeiro e todo de abordagem sobre este fenómeno, comunitas de saúde infantil e juvenil, não apenas a nível de que seja disponível
- entender que as pais estão envolvidos desde no primeiro benefício e benefícios da exposição à ecrãs, especialmente em relação à saúde, e proporcionar psicoeducação sobre a importância do ecrãs para com uma abordagem centrada para tecnologia

27

No entanto...

- A abordagem por parte dos profissionais de saúde em relação ao uso de ecrãs por crianças e jovens é um tema recente, ainda sendo muito desconhecido estruturalmente na prática clínica de saúde infantil e juvenil
- Mãe o momento, não há evidências de eficácia de intervenções para reduzir o tempo de ecrãs e dispositivos eletrónicos em crianças

28

Apesar disto:

RCPCH
Royal College of Paediatrics and Child Health

- O Royal College of Paediatrics and Child Health identifica quatro questões simples que podem ser incluídas no histórico clínico e fornecer informações valiosas sobre o comportamento da família em relação a este hábito

29

RCPCH recomenda que se faça as seguintes questões:

- "O tempo de ecrãs em sua casa é controlado?"
- "O uso de ecrãs interfere na que a sua família deseja fazer?"
- "O uso de ecrãs interfere com o sono?"
- "Consegue controlar os snacks durante o tempo de ecrãs?"

30

As diretrizes da AAP também ressaltam a importância da abordagem de um profissional de saúde familiar - Family Media Use Plan - para a utilização dos dispositivos eletrónicos, a qual deve ser desenvolvido em conjunto com um profissional de saúde

- avaliar o conhecimento mais preciso do uso dos dispositivos
- elaborar o plano personalizado educativo
- avaliar a importância da definição de regras
- é essencial reservar momentos para atividades em família sem a presença de ecrãs e para a prática de exercício físico, bem como um "out" à criança responsabilizando em relação de famílias envolvidas e gestão do seu tempo

31

32

O Enfermeiro:

- além para as famílias em busca de intervenções personalizadas sobre como estabelecer regras e limites familiares que atendam às necessidades individuais de cada membro
- pode orientar as famílias no planejamento e implementação do Family Media Use Plan
- avaliar as famílias na promoção de um ambiente familiar saudável e equilibrado em relação ao uso dos dispositivos eletrónicos

33

O Enfermeiro:

- podem identificar áreas de melhoria sugerir modelos de UTM, os níveis de saúde eletrónica, planejamento e conteúdo, planejamento e avaliação em relação ao uso de ecrãs e consumo digital
- está realizar o trabalho de avaliação motivacional e resolução de problemas para encontrar soluções em conjunto com pais e filhos
- podem proporcionar informações sobre possibilidades de conteúdos e interativos digitais

34

A XIGT em colaboração com a AAP, Family Online Safety Institute, Common Sense Media e Public Library Association criou a página [XIGT.org](https://www.xigt.org)

35

Muitos sites e ferramentas para ajudar as famílias a gerir o uso de ecrãs, incluindo ecrãs, práticas digitais, alguns exemplos a seguir:

- para crianças ou jovens com ecrãs
- para famílias com ecrãs
- para famílias com ecrãs

36

Para os pais, com a maior frequência de perguntas:

- Como posso saber se o meu filho está a usar o telemóvel?
- Como posso saber se o meu filho está a usar o telemóvel para fazer coisas que não são boas para ele?
- Como posso saber se o meu filho está a usar o telemóvel para fazer coisas que não são boas para ele?
- Como posso saber se o meu filho está a usar o telemóvel para fazer coisas que não são boas para ele?

40

Recomendações da DGS

41

Os seus documentos de "Recomendações para um estilo de vida saudável" e "100 dicas para a saúde do seu filho" estão disponíveis para download no site da DGS.

42

- O tempo do ecrã sempre passado em conjunto, em família, em espaços de aprendizagem ou em atividades físicas, são mais benéficos do que o tempo passado sozinho.
- A Internet e as aplicações eletrónicas ajudam a melhorar o bem-estar físico de quem as utiliza, se forem usadas de forma adequada e com equilíbrio.
- As regras devem ser flexíveis, mas firmes, e devem ser aplicadas de forma consistente.

43

Utilizar o ecrã das vezes como recompensa (ou consequência) pode promover a superutilização dos mesmos pelo utilizador.

- O acompanhamento do ecrã na rede social, pelo telemóvel, principalmente em locais mais pessoais, é fundamental para garantir a privacidade e segurança do utilizador.
- Evitar a cultura do "likes" e "retweets" - não é tudo o que está no ecrã é verdade.

44

- Instalar filtros de conteúdo em jogos, aplicações e sites, de acordo com a idade, os interesses e as necessidades da criança.
- Instalar regras e limites nas definições de segurança e privacidade de todos os dispositivos que a criança utiliza (ex: desativar permissões de localização, desativar localização, tomar o controlo parental).

45

- Criar um ecrã de bloqueio no telemóvel da criança para evitar o acesso a conteúdos não adequados.
- Alterar para os filhos as definições de utilização das redes sociais (privacidade de perfil, visibilidade de fotos, etc.) e evitar o uso de redes sociais (ex: Facebook, Instagram, etc.) até aos 13 anos de idade.
- Evitar o uso de redes sociais (ex: Facebook, Instagram, etc.) até aos 13 anos de idade.

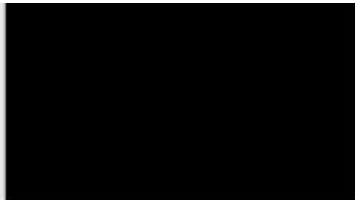
parentzone

União Europeia (https://www.unioneuropea.org.uk)

46

- Os telemóveis de crianças pequenas podem operar a todo o volume, sendo assim, a exposição a ruídos pode ser prejudicial para a audição.
- Evitar o uso de fones de ouvido em crianças pequenas.
- Evitar o uso de fones de ouvido em crianças pequenas.

47



48

Bibliografia

1. Associação de Pais e Amadores de Portugal (APAP). (2018). Guia de recomendações para a utilização de dispositivos eletrónicos em crianças e jovens. Lisboa: APAP.
2. Associação de Pais e Amadores de Portugal (APAP). (2018). Guia de recomendações para a utilização de dispositivos eletrónicos em crianças e jovens. Lisboa: APAP.
3. Associação de Pais e Amadores de Portugal (APAP). (2018). Guia de recomendações para a utilização de dispositivos eletrónicos em crianças e jovens. Lisboa: APAP.

49

Bibliografia

1. Associação de Pais e Amadores de Portugal (APAP). (2018). Guia de recomendações para a utilização de dispositivos eletrónicos em crianças e jovens. Lisboa: APAP.
2. Associação de Pais e Amadores de Portugal (APAP). (2018). Guia de recomendações para a utilização de dispositivos eletrónicos em crianças e jovens. Lisboa: APAP.
3. Associação de Pais e Amadores de Portugal (APAP). (2018). Guia de recomendações para a utilização de dispositivos eletrónicos em crianças e jovens. Lisboa: APAP.

50



51

Apêndice III – Questionário diagnóstico e final



Caros colegas

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. Encontro-me a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] e irei efetuar uma Ação de Formação intitulada *Capacitação de Enfermeiros: Construindo Pontes Digitais na Saúde Infantil e Juvenil* e para que consiga avaliar se atingi os objetivos da mesma, gostaria de pedir que respondessem a este questionário de forma correspondente aos vossos conhecimentos. A forma de resposta é Verdadeiro e Falso. O questionário respeita todos os princípios de anonimato, confidencialidade e voluntariedade. Os dados não serão utilizados para qualquer outra finalidade para além da enunciada, garantindo-se que qualquer divulgação dos resultados será realizada de forma global. Agradeço a participação!

Entenda que onde me refiro a ecrãs ou dispositivos eletrónicos, é o mesmo que o uso de televisão, telemóveis, tablets, computadores e a sua utilização poderá ser em simultâneo ou individualmente.

11. A destreza óculo-manual e a motricidade fina são altamente desenvolvidas, pela frequência com que manuseiam os dispositivos eletrónicos V / F
12. As deformações músculo-esqueléticas, alterações da postura e diminuição da densidade óssea também são associadas ao tempo de exposição a ecrãs V / F
13. As crianças de 1 ano de idade podem assistir a 1 hora e 30 minutos de ecrãs ao longo do dia. V / F
14. As crianças com 18 meses podem fazer videochamadas para familiares que se encontrem distantes. V / F
15. As crianças com 3 anos de idade podem assistir a 2 horas de ecrãs ao longo do dia. V / F
16. As crianças com 8 anos de idade podem assistir a 3 horas de ecrãs por dia. V / F
17. As crianças podem ver um curto tempo ecrãs antes de dormir. V / F
18. A DGS, ao contrário da Academia Americana de Pediatria, não apresenta recomendações para os pais sobre a utilização de dispositivos eletrónicos pelos filhos. V / F
19. “*Consegue controlar os snacks durante o tempo de ecrã?*” é uma das sugestões de questões simples sugeridas pela Royal College of Pediatrics and Child Health que podem ser incluídas na história clínica. V / F

20. Tenho conhecimento de que a Academia Americana de Pediatria sugere a elaboração de um Plano Familiar de utilização dos Media que deve ser desenvolvido em conjunto com um profissional de saúde

V / F