



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

PROMOVER O DESENVOLVIMENTO INFANTIL DO RECÉM-NASCIDO E LACTENTE: A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ERA DIGITAL

PROMOTING CHILD DEVELOPMENT OF NEWBORN AND INFANT: PEDIATRIC NURSE INTERVENTION IN THE DIGITAL ERA

Por Ana Isabel Fonseca Lopes

Lisboa, 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

PROMOVER O DESENVOLVIMENTO INFANTIL DO RECÉM-NASCIDO E LACTENTE: A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ERA DIGITAL

PROMOTING CHILD DEVELOPMENT OF NEWBORN AND INFANT: PEDIATRIC NURSE INTERVENTION IN THE DIGITAL ERA

Por Ana Isabel Fonseca Lopes

Sob orientação da Professora Doutora Sílvia Caldeira

Lisboa, 2022

“Foi o tempo que tu perdeste com a tua rosa que tornou a tua rosa tão importante.”

Antoine de Saint-Exupéry (2011, p. 74)

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer aos meus pais por estarem sempre ao meu lado em todo o meu percurso pessoal e profissional, tendo permitido dar-me as bases e as ferramentas para eu crescer e me tornar na pessoa e na profissional que sou hoje.

Agradecer ao meu noivo por estar sempre lá com palavras de carinho e amor, que me guiaram nos bons e nos maus momentos. Por de trás de uma mulher também está um grande homem, e ele provou isso.

Todo este percurso não seria possível sem a excelente orientação da Exma. Professora Sílvia Caldeira a quem agradeço a paciência, o empenho e a amizade, bem como da orientação das Exmas. Enfermeiras Especialistas e Mestres em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: C. D., A. L., S. M. e M. P. que me guiaram neste percurso académico.

Agradecer o apoio incondicional dos meus amigos a quem peço desculpa pelas mensagens respondidas tardiamente e/ou pelos convívios que tiveram de ser reajustados por conta de cumprir os deveres e obrigações inerentes ao curso. Reconhecer a amizade do meu Excelentíssimo Digníssimo colega Marco Cabeça por ter aceitado começar este percurso comigo, o que proporcionou momentos de partilha e reflexão que me ajudaram a crescer. Por esse motivo desejo-lhe também a maior sorte do mundo nesta reta final.

Por fim, não esquecer uma palavra de agradecimento aos meus colegas de equipa e chefia por terem permitido escalas compatíveis com a realização do curso e também todos aqueles que se cruzaram comigo neste percurso académico, desde crianças, pais, avós, enfermeiros, auxiliares, médicos, etc., que tal como afirma Antoine de Saint-Exupéry deixaram um pouco de si e levaram um pouco de mim, e assim contribuíram para a construção do meu “Eu” e de tudo o que consegui alcançar até hoje.

RESUMO

O enfermeiro deve sempre preocupar-se em atingir a excelência do seu exercício profissional através de reflexão e de atualização dos seus conhecimentos baseados em evidência científica.

No caso do EESIP, este trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, independentemente do contexto, prestando cuidados avançados, com competência e segurança, para promover e atingir um estado de saúde o mais elevado possível, e assim, responder às necessidades do seu cliente.

O Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, reforça a ideia de que os comportamentos de saúde são o resultado de mudanças em interação com o ambiente e são potenciados ao longo do ciclo de vida. Este resultado é influenciado pelas características e experiências individuais, bem como pelos comportamentos anteriores relacionados e fatores pessoais.

É por este facto que em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica os cuidados antecipatórios são os mais privilegiados, sendo que no primeiro ano de vida, dada a grande plasticidade cerebral do recém-nascido e lactente, os torna vulneráveis no que concerne a aprendizagens e oportunidades de crescimento e desenvolvimento.

Para uma melhor compreensão do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida é importante conhecer os indicadores saudáveis do mesmo, para assim identificar desvios que permitem uma intervenção especializada e respetivo encaminhamento se assim o justificar. Em Portugal estes indicadores são baseados na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, organizados em quatro domínios.

Desta forma, e em resposta à questão de revisão: “Quais os indicadores de um desenvolvimento saudável no recém-nascido e lactente nos cuidados de Enfermagem?”, emergem resultados provenientes de uma *scoping review* que provam o grande interesse no estudo do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida por vários autores. No entanto, seria importante que alguns fossem atualizados e adequados à sociedade atual do séc. XXI, uma vez que estamos perante uma evolução tecnológica.

De facto, a humanidade que hoje conhecemos está em constante mudança e isso deve-se ao crescimento do paradigma das tecnologias, onde os recursos digitais, cada vez mais móveis, têm ganho maior relevância na transmissão de informação e conhecimento.

Estes acarretam muitas vantagens, sendo cada vez mais utilizados na saúde e na Enfermagem, principalmente nesta fase pandémica a nível mundial, cabendo ao enfermeiro

saber adequar os mesmos ao seu alvo de cuidados. No entanto, também alguns riscos podem estar associados a estes recursos sendo necessário uma correta consciencialização para o seu uso por parte dos profissionais de saúde.

Para além deste conhecimento baseado na evidência científica, o EESIP, no seu percurso, promove atividades que permitem o desenvolvimento de competências comuns e específicas que lhe garantem o *know-how* necessário para uma intervenção especializada e diferenciada, ao encontro das expectativas do seu cliente.

Palavras-Chave: desenvolvimento infantil, recém-nascido, lactente, Enfermagem e era digital

ABSTRACT

Nurses should always be concerned with achieving the excellence of their professional practice through reflection and updating of their knowledge based on scientific evidence.

The pediatric nurse works in partnership with the child and family/significant person, regardless of the context, providing advanced care, with competence and safety, to promote and achieve the highest possible state of health, and thus to respond to the needs of its client.

Nola Pender's Health Promotion Model reinforces the idea that health behaviors are the result of changes in interaction with the environment and are enhanced throughout the life cycle. This result is influenced by individual characteristics and experiences, as well as by previous related behaviors and personal factors.

It is for this fact that pediatric nurses provide anticipatory care that is the most privileged in the first year of life, given the great brain plasticity of the newborn and infant, makes them vulnerable with regard to learning and opportunities for growth and development.

For a better understanding of child development in the first year of life, it is important to know the healthy indicators of the same, in order to identify deviations that allow a specialized intervention and its referral if justified. In Portugal, these indicators are based on the Modified Mary Sheridan Development Assessment Scale, organized in four domains.

Thus, and in response to the review question: “What are the indicators of healthy development in newborns and infants in nursing care?”, a scoping review has been conducted that mapped studies of child of child development in the first year of life by several authors. However, it would be important for some to be updated and appropriate to the current society of the 21st century, since we are facing a technological evolution.

In fact, the humanity we know today is constantly changing and this is due to the growth of the technology paradigm, where digital resources, increasingly mobile, have gained greater relevance in the transmission of information and knowledge.

These have many advantages, being increasingly used in health and Nursing, especially in this pandemic phase worldwide, and it is up to nurses to know how to adapt them to their care target. However, risks may also be associated with these resources and a correct awareness of their use by health professionals is necessary.

In addition to this knowledge based on scientific evidence, the pediatric nurse, in its course, promotes activities that allow the development of common and specific skills that

guarantee the know-how necessary for a specialized and differentiated intervention, meeting the expectations of its client.

Key words: child development, newborn, infant, Nursing, and digital era

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Abreviaturas

APP	Atendimento Permanente Pediátrico
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
SIC	Segundo Informação Colhida

Acrónimos

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ANIP	Associação Nacional de Intervenção Precoce
ARS	Administração Regional de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>
USF	Unidade de Saúde Familiar

Siglas

p.	página
----	--------

ÍNDICE GERAL

	p.
0. INTRODUÇÃO.....	19
1. DISPOSIÇÃO PARA MELHORAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO RECÉM-NASCIDO E LACTENTE	21
1.1. Promoção da saúde em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, segundo Nola Pender.....	21
1.2. Desenvolvimento infantil do recém-nascido e lactente.....	23
1.2.1. <i>Scoping review</i>	24
1.2.1.1. Metodologia.....	24
1.2.1.2. Resultados.....	26
1.2.1.3. Discussão.....	26
1.2.1.4. Conclusão	30
1.3. Recursos digitais na intervenção do especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.....	31
1.3.1. Enfermagem na era digital.....	32
1.3.2. Oportunidades e desafios da era digital em Saúde Infantil e Pediátrica.....	35
2. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO	39
2.1. Serviço de Urgência Pediátrica.....	41
2.1.1. Contextualização	41
2.1.2. Diagnóstico de situação	42
2.1.3. Operacionalização e Competências desenvolvidas	43
2.1.4. Avaliação	47
2.2. Internamento de Pediatria.....	48
2.2.1. Contextualização	48
2.2.2. Diagnóstico de situação	49

2.2.3. Operacionalização e Competências desenvolvidas	50
2.2.4. Avaliação.....	53
2.3. Neonatologia	55
2.3.1. Contextualização	55
2.3.2. Diagnóstico de situação.....	55
2.3.3. Operacionalização e Competências desenvolvidas	57
2.3.4. Avaliação.....	59
2.4. Mobilização de competências do estágio em Cuidados de Saúde Primários	60
3. CONCLUSÃO	67
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
5. ANEXOS.....	77
ANEXO I – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	79
ANEXO II – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	89
ANEXO III – Certificado de 1º Prémio (póster).....	95
ANEXO IV – “ <i>Rank the development</i> ”	99
ANEXO V – Certificado de Comunicação Oral	103
ANEXO VI – Certificado de Formação Profissional.....	107
ANEXO VII – Certificado de integração da Comissão Organizadora do IV Seminário do Mestrado em Enfermagem	111
ANEXO VIII – Declaração de preleitora em Sessão de Formação em Serviço (internamento)	115
ANEXO IX – Certificado de Formador (USF)	119
6. APÊNDICES.....	123
APÊNDICE I – Póster “O desenvolvimento saudável do recém-nascido e lactente: um protocolo de revisão <i>scoping</i> ”	125
APÊNDICE II – Fases de pesquisa (<i>scoping review</i>)	129
APÊNDICE III – Critérios de pesquisa (pesquisa final – <i>scoping review</i>).....	133
APÊNDICE IV – Tabela para análise dos artigos selecionados (<i>scoping review</i>)	143

APÊNCICE V – Artigos incluídos (<i>scoping review</i>)	147
APÊNCICE VI – Fluxograma PRISMA-ScR (<i>scoping review</i>).....	151
APÊNCICE VII – Resultados extraídos (<i>scoping review</i>).....	155
APÊNCICE VIII – Autores que apresentam indicadores iguais/semelhantes aos de Mary Sheridan (<i>scoping review</i>).....	175
APÊNCICE IX – Novos indicadores que surgem do trabalho dos autores dos estudos incluídos (<i>scoping review</i>).....	181
APÊNCICE X – Diferenças nas idades-chave dos autores comparativamente a Mary Sheridan (<i>scoping review</i>).....	185
APÊNCICE XI – Comunicação oral “Oportunidades e desafios da era digital no cuidado especializado”.....	193
APÊNCICE XII – Póster “Qual o impacto da Drepanocitose no desenvolvimento do Adolescente”	199
APÊNCICE XIII – “Termómetro de bolso” (urgência).....	203
APÊNCICE XIV – “Fluxograma dos vômitos” (urgência)	207
APÊNCICE XV – “Febre na criança” (urgência)	211
APÊNCICE XVI – “Vômitos na criança” (urgência)	215
APÊNCICE XVII – Cartaz “Febre na criança” (urgência).....	219
APÊNCICE XVIII – Cartaz “Vômitos na criança” (urgência)	223
APÊNCICE XIX – Sessão de apresentação: “Importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil na Era Digital” (urgência)	227
APÊNCICE XX – Plano da sessão (urgência)	233
APÊNCICE XXI – Instrumento de avaliação da sessão (urgência).....	237
APÊNCICE XXII – Diário de bordo – respostas dos pais (urgência).....	241
APÊNCICE XXIII – Projeto para aprovação (urgência).....	245
APÊNCICE XXIV – Respostas da equipa de Enfermagem ao instrumento de avaliação da sessão (urgência)	275
APÊNCICE XXV – Cartaz “Vamos para casa... E agora?” (internamento).....	281
APÊNCICE XXVI – Vídeo de apresentação do Centro de Referência de Epilepsia Refratária (internamento)	285
APÊNCICE XXVII – Guião para a voz-off do vídeo de apresentação (internamento)	289
APÊNCICE XXVIII – Sessão de formação: “Importância do Enfermeiro Especialista na Promoção da Saúde da Criança e Jovem na Era Digital” (internamento)	293

APÊNCICE XXIX – Plano da sessão de formação (internamento)	301
APÊNCICE XXX – Instrumento de avaliação da sessão de formação (internamento)	305
APÊNCICE XXXI – Respostas dos profissionais de saúde ao instrumento de avaliação da sessão (internamento)	309
APÊNCICE XXXII – Sessão à equipa: “A utilização dos recursos tecnológicos na promoção do bebé” (neonatologia)	315
APÊNCICE XXXIII – Plano de sessão (neonatologia)	321
APÊNCICE XXXIV – Sugestão de ferramenta digital à equipa (neonatologia)	325
APÊNCICE XXXV – Instrumento de avaliação da sessão à equipa (neonatologia)	329
APÊNCICE XXXVI – Respostas dos enfermeiros ao instrumento de avaliação da sessão (neonatologia)	333
APÊNCICE XXXVII – Folheto “Play from 0 to 12 M – A Guide to Families” (USF)	337
APÊNCICE XXXVIII – Vídeo “Desenvolvimento infantil – Dos 0 aos 12 meses” (USF)	341
APÊNCICE XXXIX – Vídeo “Child Development – From to 12 months” (USF)	347
APÊNCICE XL – E-mail enviado à Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Ordem dos Enfermeiros (USF)	353
APÊNCICE XLI – E-mail enviado à Exma. Sr. ^a Coordenadora e aos Exmos. Srs. do Conselho Técnico do ACES (USF)	357
APÊNCICE XLII – E-mail enviado ao Exmo. Sr. Diretor do ACES (USF)	361
APÊNCICE XLIII – E-mail enviado ao Gabinete de Imagem e Comunicação do ACES (USF) ..	365
APÊNCICE XLIV – Plano da sessão de formação (USF)	369
APÊNCICE XLV – Sessão de formação “Importância do Enfermeiro Especialista na Promoção do Desenvolvimento Infantil 0-12 meses – Projeto Individual de Aprendizagem” (USF)	373
APÊNCICE XLVI – Instrumento de avaliação da sessão de formação (USF)	381
APÊNCICE XLVII – Respostas dos profissionais de saúde ao instrumento de avaliação da sessão de formação (USF)	385

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 – <i>Health Promotion Model (Revised)</i>	22
--	----

0. INTRODUÇÃO

O percurso do EESIP começa quando este ingressa no curso de especialização com obtenção do grau de mestre na área. No entanto, o seu caminho nunca acaba, pois o enfermeiro deve sempre preocupar-se em atingir a excelência do seu exercício profissional procurando manter os seus conhecimentos atualizados bem como refletir a sua prática com regularidade, reconhecendo assim falhas que lhe permitam melhorar (Nunes *et al.*, 2005).

Quando ingressa no curso de mestrado com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o enfermeiro irá percorrer um caminho que lhe permite adquirir competências, baseando a sua prática na evidência e mobilizando os conhecimentos para a sua prática clínica, que ocorre no momento da realização dos estágios nas principais áreas de cuidados da Enfermagem Pediátrica: cuidados de saúde primários, serviço de urgência, internamento e neonatologia.

O EESIP, nos seus cuidados, tem como foco a criança (desde o nascimento até aos 18 anos de idade ou até mais tarde em caso de doença crónica ou de não ter ainda ocorrido com sucesso a transição para a vida adulta) saudável ou doente, e a família/pessoa significativa, e trabalha em parceria independentemente do ambiente onde estão inseridas: hospital, comunidade, escola, centro de saúde, etc. (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Na sua prestação de cuidados, o enfermeiro especialista na área desenvolve um processo de pensamento mental complexo e dinâmico para identificar situações que merecem a sua intervenção, bem como as estratégias para alcançar os objetivos desejados, através do raciocínio clínico que rege a sua tomada de decisão (E. C. Carvalho *et al.*, 2017).

Este processo vai permitir cuidados avançados com competência e segurança, o que através da identificação e gestão dos recursos necessários para suporte da situação, conduzem a um estado de saúde o mais elevado possível, promovendo a mesma, e respondendo às necessidades da criança e família/pessoa significativa (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Esses recursos representam um desafio quando pensamos na era digital em que nos encontramos e tendo em conta um mundo em constante mudança, representando vários desafios para os enfermeiros no que diz respeito à transmissão de informação e conhecimento às crianças e família/pessoa significativa, uma vez que estes integram várias

gerações, com diferentes modelos de aprendizagem e com ferramentas cada vez mais móveis, como o telemóvel e/ou *tablet*, que lhes permitem ter acesso à informação a qualquer hora em qualquer lugar (Oliveira & Alencar, 2017).

Assim, surge o presente relatório de estágio a ser apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que se foca especialmente na área de atuação particular do EESIP que diz respeito à “avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil;” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

Desta forma, este relatório apresenta os conhecimentos adquiridos através de evidência científica e ainda as atividades, e respetivas competências, desenvolvidas durante a realização dos estágios, no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no 2º ano do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

Para além dos contextos de urgência pediátrica, internamento e neonatologia, contempla também, de forma breve, o estágio realizado no âmbito da unidade curricular “A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Decisão Clínica”, durante o 2º semestre do 1º ano, no âmbito dos cuidados de saúde primários, uma vez que se trata de um percurso contínuo e gradual.

A realização dos estágios nos diferentes contextos permitiu o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e que são “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”, presentes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (anexo I) (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

Foram também desenvolvidas competências específicas do enfermeiro especialista, presentes no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (anexo II), que permitem dar “resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

Este trabalho está construído segundo a 7ª edição do Manual APA e o novo acordo ortográfico.

1. DISPOSIÇÃO PARA MELHORAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO RECÉM-NASCIDO E LACTENTE

O desenvolvimento infantil, como parte integrante do desenvolvimento humano, tem um papel fundamental quando se fala em promoção da saúde em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente no primeiro ano de vida.

O âmbito de intervenção do EESIP, e que orienta os padrões de qualidade de cuidados especializados, foca-se na “promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil;” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 3).

1.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA, SEGUNDO NOLA PENDER

A primeira conferência internacional sobre promoção da saúde decorreu entre 17 e 21 de novembro de 1986, em Ottawa, que permitiu a elaboração da “Carta de Ottawa”, que contempla as ideias norteadoras da promoção da saúde para toda a população mundial a partir do ano 2000 (World Health Organization, 1986).

Na Carta de Ottawa, a promoção da saúde é definida como um processo onde permite às pessoas um maior controlo da sua saúde, com conseqüente melhoria da mesma, sendo necessário para tal alguns requisitos fundamentais como paz, abrigo, educação, alimentação, rendimentos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (World Health Organization, 1986).

A promoção da saúde procura assim promover comportamentos e estilos de vida para que os indivíduos, famílias e comunidades alcancem o seu potencial máximo de saúde através de transformações individuais, organizacionais e comunitárias (Pender *et al.*, 2015).

A promoção da saúde pode ser dividida em prevenção primária e secundária, sendo que a primeira se foca em pessoas com risco de desenvolverem doenças, reduzindo a sua ocorrência, enquanto que a segunda se centra em pessoas com doenças já diagnosticadas, evitando o aparecimento de novas doenças, gerindo as questões de saúde nos limites da doença e/ou deficiência (Pender *et al.*, 2015).

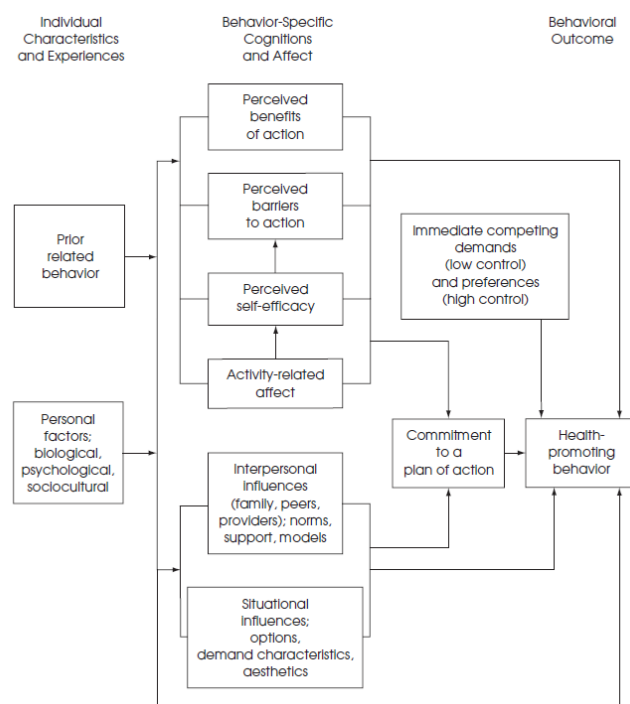
A promoção da saúde e a prevenção primária permitem melhorar a qualidade de vida durante mais tempo, sendo que estas são baseadas em modelos comportamentais ou sociopolíticos (Pender et al., 2015).

Em Enfermagem, a promoção da saúde assenta na Teoria da Promoção da Saúde, de Nola Pender, que se baseia no Modelo de Promoção da Saúde, onde são promovidos comportamentos que potenciam a saúde ao longo do ciclo de vida (Sakraida, 2004), reforçando a ideia de que a promoção da saúde é um conceito importante e trabalhado desde a preconceção até ao fim de vida.

Neste modelo, intitulado de “*Health Promotion Model*” e publicado pela primeira vez por Pender em 1990, a autora disponibiliza um guia que permite analisar os processos biopsicossociais que motivam os indivíduos a procurarem comportamentos de saúde, sendo que podem ser aplicados a qualquer comportamento, no entanto, contrariamente a outros modelos de promoção da saúde, não inclui o “medo” e a “ameaça” como motivo para a mudança (Pender et al., 2015, p. 34).

O Modelo de Promoção da Saúde, que conta com contributos da Teoria do Valor da Expectativa e da Teoria Social Cognitiva, pretende discriminar como os indivíduos, com uma natureza multidimensional, procuram comportamentos de saúde enquanto interagem com o ambiente que os rodeia. Após ser revisto, este modelo pode ser observado na Figura 1, e foi apresentado por Nola Pender em 1996 (Pender et al., 2015, p. 35):

Figura 1 – *Health Promotion Model (Revised)*. Autorizado por Pearson Education Inc.



(Fonte: Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7th ed.). Pearson Education Inc., p. 35.)

O “*Health Promotion Model (Revised)*” conta também com uma perspectiva de Enfermagem que permite ter uma visão holística do ser humano, uma vez que se baseia nas características e experiências individuais de cada um, que incluem comportamentos anteriores relacionados e fatores pessoais. Estes são influenciados por comportamentos cognitivos e afetivos específicos, que englobam a percepção dos benefícios e das barreiras da ação, a percepção da autoeficácia e o efeito da atividade, bem como de influências interpessoais e situacionais (Pender *et al.*, 2015, p. 35).

Os indivíduos são dotados de uma capacidade de mudança aliada à sua grande capacidade de se autoconhecer e autorregular, de tomada de decisão e de resolução de problemas, sendo da responsabilidade do enfermeiro promover um ambiente favorável à mudança, constituindo-se um recurso fundamental neste processo no que diz respeito à gestão do poder e aptidões individuais com respetivo aumento da capacidade de mudança (Pender *et al.*, 2015).

Quando se fala em promoção da saúde em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, os cuidados antecipatórios são os mais privilegiados, nomeadamente através da disponibilização de conhecimentos adequados aos pais/pessoa significativa que facilitem cuidados parentais que promovam o respeito pelos direitos da criança (Direção-Geral da Saúde, 2013).

O enfermeiro trabalha assim em parceria, formando a tríade criança-família/pessoa significativa-enfermeiro, através da disponibilização de informação credível e fiável, e das ferramentas necessárias e adequadas às necessidades específicas de cada cliente. É da competência do EESIP ser um recurso norteador neste processo que permita à criança e família/pessoa significativa a adoção de comportamentos promotores da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

1.2. DESENVOLVIMENTO INFANTIL DO RECÉM-NASCIDO E LACTENTE

O desenvolvimento infantil é um processo de mudanças físicas, onde ocorre uma maturação progressiva a nível dos sistemas com a aquisição de competências a nível do desenvolvimento psicossocial, cognitivo, da imagem corporal, da identidade de género e social (Hockenberry & Wilson, 2014).

É fundamental compreender o desenvolvimento infantil, os seus indicadores saudáveis e os seus fatores, principalmente no primeiro ano de vida uma vez que, influenciados por fatores genéticos e pelo ambiente envolvente, é nesta fase que existe uma

grande capacidade de modelagem da estrutura cerebral dos recém-nascidos e lactentes (Souza & Veríssimo, 2015), uma vez que existe uma grande oportunidade de crescimento e vulnerabilidade (Thompson, 2001).

1.2.1. *Scoping review*

Para a compreensão do desenvolvimento infantil, tornou-se pertinente responder à questão: “Quais os indicadores de um desenvolvimento saudável no recém-nascido e lactente nos cuidados de Enfermagem?”, pelo que foi realizada uma *scoping review* com o intuito de mapear a evidência disponível que permita identificar indicadores de um desenvolvimento saudável e assim os sinais do desenvolvimento infantil do recém-nascido e lactente nos cuidados de Enfermagem, para previsão de situações futuras e respetiva intervenção antecipatória com vista à promoção da saúde.

Esta revisão foi realizada em coautoria¹ e encontra-se a ser desenvolvida com o intuito de ser publicada, tendo sido apresentado o seu protocolo em formato de póster (apêndice I) no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, com o tema “Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde”, o qual ganhou o 1º prémio (anexo III).

1.2.1.1. Metodologia

Esta revisão foi elaborada segundo a metodologia de Joanna Briggs Institute (JBI), seguindo o seu manual de evidência científica.

Como critérios de inclusão foram considerados estudos de natureza qualitativa, quantitativa, metodológica ou síntese, em português e/ou inglês, que estejam disponíveis nas bases de dados internacionais, bem como teses de mestrado ou doutoramento, artigos de opinião/expertise e ainda normas e orientações da Direção-Geral de Saúde, que permitam responder à questão de revisão, seguindo a mnemónica PCC:

- População: neonatos (pessoa <28 dias de idade) e lactentes (criança < 1 ano de idade), seguindo os critérios do eixo 5: idade da NANDA-I 2021-2023 (Herdman *et al.*, 2021, p. 171);
- Conceito: desenvolvimento saudável, tendo como referência os domínios presentes na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição

¹ Com enfermeiro Marco André Martins Cabeça

e linguagem, e comportamento e adaptação social (Direção-Geral da Saúde, 2013, pp. 62–63).

- Contexto: cuidados de Enfermagem, tanto em âmbito hospitalar bem como de consulta de Enfermagem em contexto de cuidados de saúde comunitários, independentemente da especialidade da consulta.

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

Como estratégia de pesquisa, esta foi dividida em três fases (apêndice II). Na primeira fase foi feita uma pesquisa exploratória na plataforma EBSCO, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal e Nursing Reference Center utilizando como termos livres as palavras do PCC em português e em inglês.

Na segunda fase de pesquisa, inicialmente foi feita uma pesquisa exploratória na plataforma EBSCO e Nursing Reference Center com base nos descritores identificados nas plataformas MeSH e DeCS e posteriormente foi realizada a pesquisa final (apêndice III) nas bases de dados MedLine, CINAHL, MedicLatina, APA PsycArticles, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete e Nursing Reference Center com base nos descritores e respetiva família de palavras da plataforma MeSH. Foi também feita pesquisa no RCAAP e no Banco de Teses do Brasil.

Na terceira e última fase de pesquisa, foram analisadas as referências dos documentos incluídos na revisão.

As pesquisas obtidas foram importadas para a plataforma *Rayyan* QCRI, onde após eliminação dos duplicados, foi feita leitura dos títulos e dos resumos por dois revisores independentes, sendo as discordâncias resolvidas por um terceiro revisor. Após seleção dos resultados foram extraídos os artigos selecionados pelos dois revisores bem como os selecionados pelo terceiro revisor, para leitura integral do texto.

Para análise dos artigos foi elaborada uma tabela (apêndice IV) de forma a sistematizar e organizar a informação, tendo em conta a caracterização do artigo (ano, título, autores, fonte, país, contexto) e os quatro domínios do desenvolvimento infantil segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada.

Dos 1211 artigos identificados para leitura do título e resumo foram selecionados em concordância pelos dois revisores, para análise do texto integral, 137 artigos, dos quais 39 não estavam disponíveis em acesso aberto.

Após leitura integral dos 98 artigos foram incluídos 6 e excluídos 74 pelos dois revisores tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão. Os 18 artigos restantes, por não estarem em concordância pelos dois revisores, foram analisados por um terceiro revisor independente, tendo este incluído 7 artigos e excluído 11 artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão.

No total foram incluídos 13 artigos para discussão neste trabalho, dos quais foi analisada a bibliografia, tendo sido identificados pelos dois revisores e incluídos neste trabalho 5 artigos que se enquadram na questão de revisão e que respeitam os critérios de inclusão e exclusão e aos quais se juntaram mais 3 artigos após resolução de conflitos pelo terceiro revisor (apêndice V). Os resultados foram apresentados segundo o fluxograma PRISMA-ScR (apêndice VI).

1.2.1.2. Resultados

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

Dos mesmos estudos, dois (9,5%) são da década de 60, 11 (52,4%) da década de 70 e os restantes oito (38,1%) após o ano 2000, sendo seis (28,6%) após o ano de 2010.

Os resultados extraídos foram colocados e organizados em tabela (apêndice VII), segundo os quatro domínios identificados por Mary Sheridan, e dizem respeito aos indicadores apresentados pelos autores dos estudos incluídos.

Foi ainda possível verificar autores que vão ao encontro dos indicadores do desenvolvimento infantil de Mary Sheridan (apêndice VIII), identificar novos indicadores nos estudos incluídos (apêndice IX) e identificar discrepâncias entre as idades apontadas nos estudos incluídos e as idades-chave de identificação e avaliação dos indicadores do desenvolvimento infantil de Mary Sheridan (apêndice X).

1.2.1.3. Discussão

O desenvolvimento infantil é um conceito que tem vindo a ser explorado ao longo dos tempos, com estudos científicos publicados desde o final do séc. XIX. Vários foram os autores que trabalharam o desenvolvimento infantil identificando não só indicadores que o

caracterizam, bem como fatores que o influenciam positiva e negativamente e, ainda, fatores de risco.

Desses autores destacam-se teóricos como Piaget, que fala da Teoria do Desenvolvimento Cognitivo (Haith & Campos, 1977; Souza & Veríssimo, 2015; White *et al.*, 1964), Erikson com a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial (Souza, 2014; Souza & Veríssimo, 2015), Bowlby que desenvolveu a Teoria de Vinculação e Bronfenbrenner que apresenta a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (Souza & Veríssimo, 2015).

Muitos dos estudos excluídos no processo de seleção apenas fazem referência a estas teorias, não apresentando novos resultados relativamente aos indicadores do desenvolvimento.

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

Coincidente com o aparecimento dos trabalhos de Mary Sheridan, surgiu um aumento de estudos sobre o desenvolvimento infantil, principalmente na década de 70 e que se mantém até à atualidade. Dos trabalhos elegíveis para leitura do título e resumo, foi notório uma grande concentração de artigos na década de 40, tendo diminuído posteriormente até aos anos 60. No entanto, dos estudos incluídos nesta revisão, estes têm maior foco na década de 70 e no início do séc. XXI, onde neste último se revelou um maior interesse académico, em várias disciplinas, nomeadamente, na Enfermagem.

Quando se fala no desenvolvimento infantil vários são os estudos que optam por utilizar escalas validadas para avaliação do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida para se referirem aos indicadores: Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan, Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil “*The Schedule of Growing Skills*”, Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, *Test of Infant Motor Performance*, Escala Bayley de Triagem de Desenvolvimento e Teste de Denver (Souza, 2014).

Há também referência ao instrumento “Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil – IRDI” (Kupfer *et al.*, 2009; Tocchio, 2013) e ainda referência à Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde do Brasil (Melo, 2018), integrada no

Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança e na Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na infância (AIDPI).

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

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

Foi também possível identificar autores que vão ao encontro dos indicadores do desenvolvimento infantil de Mary Sheridan, o que nos permitiu verificar que nem todos os indicadores de avaliação propostos pela autora nos vários domínios foram explorados nos estudos incluídos. Isto deve-se ao facto destes se focarem na investigação e estudo de indicadores específicos de um domínio em particular, tendo uma população também ela específica com intervalos de idades definidos, não se identificando no geral estudos cujo foco seja a avaliação do desenvolvimento infantil dos 0 aos 12 meses, com descrição detalhada de todos os indicadores, uma vez que apenas três dos estudos incluídos; Honig (1970), Souza (2014) e Souza & Veríssimo (2015), apresentam alguns indicadores referindo-se ao primeiro ano de vida na sua generalidade.

No entanto, o que mais se verificou nos estudos incluídos comparativamente à escala de avaliação de Mary Sheridan foi a existência de outros indicadores saudáveis do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, muitos deles bastante específicos e pormenorizados, nomeadamente no que diz respeito a comportamentos expectáveis em relação a um ou mais estímulos a que o recém-nascido e/ou lactente foram expostos em diversas situações.

Para além das diferenças nos indicadores apresentados por Sheridan e dos apresentados nos estudos incluídos e trabalhados pelos diferentes autores, foi ainda possível verificar que entre estes, por vezes, existe discrepância nas idades apontadas como sendo as idades-chave de identificação e avaliação dos indicadores do desenvolvimento infantil saudáveis.

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

Para tal, o enfermeiro faz utilização de referenciais teóricos que fundamentam a sua prática clínica que lhe permitam uma avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, oferecendo cuidados de excelência baseados na evidência clínica.

Para tal, sustenta a sua tomada de decisão no raciocínio clínico que lhe permite identificar fatores que influenciam o desenvolvimento infantil, promover a parentalidade e identificar fatores de risco que lhe permitem antecipar e referenciar casos onde são identificados desvios aos indicadores de desenvolvimento saudável. Para tal, é utilizada linguagem CIPE e feita referência à nomenclatura da NANDA-I, para identificação dos diagnósticos.

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

Assim, em 2015 as autoras realizaram uma análise de conceito que contribuiu para que o diagnóstico de Enfermagem relacionado com o desenvolvimento infantil fosse revisto para que possa ser aplicado na prática clínica (Souza & Veríssimo, 2015).

A revisão dos diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I levou a que no domínio 13 Crescimento/Desenvolvimento houvesse o aparecimento de mais diagnósticos referente à classe do desenvolvimento, quando se compara a versão 2018-2020 com a versão mais recente e atual 2021-2023, o que revela que o conceito em análise tem vindo a ganhar uma maior importância na prática de Enfermagem e que se confirma com os estudos analisados e incluídos nesta *scoping review*.

Na versão anterior só existia um diagnóstico de Enfermagem na classe do desenvolvimento: “*Risk for delayed development*” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 507), enquanto que na versão mais atual é possível verificar a existência de 4 diagnósticos de Enfermagem para a mesma classe, e são eles: “*Delayed child development*”, “*Risk for*

delayed child development”, “*Delayed infant motor development*” e “*Risk of delayed infant motor development*” (Herdman *et al.*, 2021, p. 567).

No entanto, para que estes sejam bem identificados na prática clínica é necessário que os seus profissionais tenham conhecimento profundo dos vários indicadores, das suas especificidades e das suas características definidoras, bem como dos fatores influenciáveis e fatores de risco.

Só quando o enfermeiro é detentor deste conhecimento, lhe é possível selecionar as intervenções mais adequadas, independentemente de ser apenas necessário vigilância e/ou promoção/estimulação do desenvolvimento ou mesmo quando este está comprometido e necessita de encaminhamento e/ou de uma intervenção especializada e diferenciada. Coelho *et al.* (2016) resumem de forma pertinente e explícita a intervenção necessária consoante o resultado que emerge da utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil, neste caso “*The Denver II*”, através do “*Rank the development*” (anexo IV).

1.2.1.4. Conclusão

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

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

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

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

1.3. RECURSOS DIGITAIS NA INTERVENÇÃO DO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A partir do século XVIII, a Revolução Industrial foi responsável por mudanças tecnológicas que influenciaram a humanidade que hoje conhecemos (Nietsche *et al.*, 2012).

Na sociedade atual, segundo a GSM Association, mais de 5 bilhões de pessoas utilizam o telemóvel para aceder a informações de forma rápida (Junior & Monteiro, 2020). Estamos a viver numa era digital que está a mudar estilos de vida, comportamentos e relacionamentos, criando uma dicotomia entre o mundo real e o mundo digital ou virtual.

A era da conexão substituiu então a era da informação (Moura, 2009), uma vez que esta e o conhecimento estão disponíveis de forma bastante acessível para todos aqueles que têm acesso à internet, apenas à distância de um clique (Eisenstein & Estefenon, 2011).

As gerações estão assim numa mudança de paradigma influenciadas pelo contexto socioeconómico e histórico em que estão inseridas, tendo cada uma delas características únicas não só na própria aquisição de conhecimento como na sua relação com a tecnologia, podendo dividir-se em cinco grupos consoante o seu ano de nascimento (DOT digital group, 2019): *Baby Boomers* (1940 – 1960); Geração X (1961 – 1980); Geração Y ou *Millennials* (1981 – 1995); Geração Z ou *Centennials* (1996 – 2010); Geração *Alpha* (2010 – atualidade).

Com isto surgem dois novos conceitos da era atual: imigrante digital e nativo digital. O primeiro diz respeito às gerações mais antigas que tiveram um contacto tardio com as novas tecnologias, exigindo das mesmas uma adaptação para acompanhar os avanços tecnológicos da sociedade, apesar de manterem a sua preferência por conteúdos físicos. Ao invés, o segundo engloba as gerações mais recentes que nasceram e/ou cresceram no mundo das tecnologias digitais, apresentando um grande à vontade na sua manipulação, utilizando-a como um recurso forte (DOT digital group, 2019).

A geração nativa da era digital é também conhecida como geração polegar uma vez que são dotados de uma grande capacidade de utilizar apenas os polegares comparativamente aos imigrantes digitais que utilizam os 10 dedos, demonstrando uma grande agilidade para escrever e enviar mensagens, de forma instantânea, muitas das vezes sem ver o que estão a escrever, como se os seus dedos fossem teleguiados para as letras que querem (Moura, 2009).

Na saúde, o paradigma da utilização das tecnologias também tem vindo a mudar ao longo dos últimos 20 anos (Oliveira & Alencar, 2017).

O termo tecnologia tem origem grega e deriva das palavras *techno* e *logos* que significam respetivamente arte/técnica e corpo de conhecimento. A tecnologia não se cinge apenas às coisas, aos objetos e aos materiais, é um conceito muito mais amplo que implica saberes, conhecimentos científicos, valores e cultura (Nietsche *et al.*, 2012).

A tecnologia pode ser dividida em duas categorias: produto e processo, em que o primeiro se refere aos artefactos, equipamentos e recursos físicos e o último às técnicas, métodos e procedimentos para que seja possível chegar-se ao produto (Nietsche *et al.*, 2012).

1.3.1. Enfermagem na era digital

A utilização das tecnologias e suas inovações na área da saúde está a aumentar exponencialmente, sendo o tema uma prioridade por parte das várias organizações governamentais, como é o caso de Portugal que tem vindo a adotar cada vez mais as novas tecnologias como um recurso fundamental nos serviços de saúde (Ribeiro *et al.*, 2021).

Quando falamos de tecnologia em saúde esta apresenta três categorias: tecnologia dura (material, equipamentos, mobília), tecnologia leve-dura (saberes das disciplinas da área da saúde) e tecnologia leve (processo da comunicação, das relações, etc.) (Nietsche *et al.*, 2012, p. 186).

As tecnologias podem assim ser grandes aliadas dos profissionais de saúde na sua prestação de cuidados, uma vez que potencializam e maximizam a mesma para atingirem os seus objetivos no que concerne à comunicação, ao conhecimento e aos benefícios em saúde (Fernandes *et al.*, 2021).

A Enfermagem não é exceção uma vez que as novas tecnologias trouxeram contributos a nível da gestão do processo de trabalho (Fernandes *et al.*, 2021) através da promoção de um ambiente de prática fomentado pela qualidade e segurança da prestação de cuidados dos enfermeiros (Ribeiro *et al.*, 2021).

Por sua vez, as tecnologias do cuidado de Enfermagem podem ser divididas em três tipos: tecnologias de manutenção (instrumentos usados nas práticas diárias das pessoas), tecnologias de reparação (instrumentos que compensam uma disfunção mas que precisam de conhecimento profissional para a sua utilização) e tecnologias de informação (sistemas de informação de saúde) (Nietsche *et al.*, 2012, p. 187).

O processo de Enfermagem é, em si mesmo, uma tecnologia de informação, dividido em cinco etapas que requerem conhecimentos teóricos e práticos do enfermeiro para uma tomada de decisão assente no raciocínio clínico. O processo de Enfermagem pode ainda ser sustentado noutros recursos tecnológicos para otimizar o cuidado, padronizar a linguagem e dinamizar o acesso ao mesmo por toda a equipa (Chiavone *et al.*, 2021).

As tecnologias que sustentam o processo de Enfermagem permitem potenciar os cuidados dos profissionais de Enfermagem, nomeadamente, os cuidados do EESIP, qualificando e valorizando os mesmos (Chiavone *et al.*, 2021). A utilização de tecnologias nos sistemas de classificação de Enfermagem é necessária para que o sistema informal reflita a realidade, pensando na ontologia dos cuidados de Enfermagem espelhados no processo de Enfermagem (Cubas, 2009).

A tecnologia envolve saberes que permitem usar produtos e auxiliar a organizar as relações humanas (Nietsche *et al.*, 2012), permitindo cuidados mais humanizados na prática de Enfermagem (L. A. Carvalho *et al.*, 2018), tendo em conta a facilidade proporcionada pela tecnologia.

Porém, é importante nunca esquecer que estas não conseguem nem devem tentar substituir a subjetividade da relação humana. A tecnologia, neste contexto, ajuda a relacionar as partes, a agregar todas as informações diversas das mesmas e dos vários contextos para a compreensão e para uma visão holística do todo, do ser humano alvo de cuidados (Baggio *et al.*, 2010).

Na arte da Enfermagem é possível mesmo afirmarmos que

“nenhuma máquina será capaz de substituir a capacidade humana de oferecer um sorriso, um toque, um olhar de carinho, ... Portanto, se isto é comportamento exclusivamente humano e não pode ser substituído, deve ser uma atitude inteligente, enfatizar e fortalecer tal comportamento, usando a tecnologia para atingir melhores níveis de resultado de nossas ações puramente humanas” (Marin & Cunha, 2006, p. 355).

O cuidado humanizado deve olhar para a pessoa como um todo, sendo importante conhecer o nosso alvo de cuidados, que no caso da Enfermagem de Saúde Infantil e

Pediátrica é a criança e família/pessoa significativa. Só conhecendo as suas características, a forma como este lida com a tecnologia e consequentemente como é que esta o influencia na aprendizagem e assimilação do conhecimento, se pode planear as estratégias e seleccionar os recursos adequados a cada um, de forma individualizada (DOT digital group, 2019).

Ao pensarmos de forma holística e individual estamos a procurar responder às necessidades únicas da criança e família/pessoa significativa. As novas tecnologias, em detrimento dos métodos mais tradicionais, podem ser aliadas na educação para a saúde, tornando o nosso alvo de cuidados os atores principais do seu próprio processo de aprendizagem em situações de saúde-doença (Dourado *et al.*, 2021).

As novas tecnologias, nomeadamente os dispositivos móveis, são materiais educativos muito bem aceites no seio destas gerações, principalmente das mais novas, por serem ferramentas dinâmicas, lúdicas e estimulantes que atraem o interesse de todos constituindo-se como materiais educativos nas intervenções direccionadas à promoção da saúde e prevenção de situações de doença (Dourado *et al.*, 2021).

Um exemplo disto pode ser a criação de aplicações ou utilização das já existentes no mercado, como interfaces atraentes, amigáveis e intuitivas com capacidade de serem personalizáveis à imagem do utilizador e que permitem capturar, armazenar, recuperar, analisar, receber e partilhar informação (Oliveira & Alencar, 2017, p. 238).

A Enfermagem e as novas tecnologias devem unir-se para a procura do cuidado humano complexo em todas as suas dimensões, devendo os profissionais de Enfermagem, nomeadamente o EESIP aproveitar as mesmas para partilha de informação e comunicação com as crianças e família/pessoa significativa, pelo bem da profissão e dos cuidados especializados (Baggio *et al.*, 2010).

A comunicação e a transmissão de informações de forma rápida têm nas tecnologias um recurso importante. A criação de uma rede de interações na internet permite ligar várias pessoas (profissionais de saúde - família/pessoa significativa da criança), num mundo virtual mas em tempo real. Assim pressupõem-se a interação humana mediada pela utilização de uma máquina (Baggio *et al.*, 2010).

Cabe ao enfermeiro especialista, neste caso o EESIP, saber encarar as novas tecnologias e adequá-las à criança e família/pessoa significativa, tendo em conta todos os fatores inerentes, nomeadamente oportunidades e desafios da era digital nos cuidados de Enfermagem.

1.3.2. Oportunidades e desafios da era digital em saúde infantil e pediátrica

Novos paradigmas de aprendizagem têm vindo a surgir, e conceitos como *Mobile learning* ou “Aprendizagem móvel” começam a ganhar reputação, sendo este uma dimensão do conhecido formato *e-learning* onde a aprendizagem ocorre através da utilização de dispositivos móveis, como o telemóvel, o *tablet* ou o *netbook* (Moura, 2009).

A UNESCO define aprendizagem móvel como “o uso de tecnologias móveis, isoladamente ou em combinação com outras tecnologias de informação e comunicação (TIC), a fim de permitir a aprendizagem a qualquer hora e em qualquer lugar. A aprendizagem pode ocorrer de várias formas (...)” (Oliveira & Alencar, 2017, p. 237).

Em Portugal, já existem alguns projetos no âmbito do ensino educacional mas esta ainda não era uma realidade global em Portugal, muito associada aos pensamentos negativos nomeadamente no que diz respeito à facilidade de desconcentração e dispersão pelo uso destes dispositivos, muitas vezes devido à falta de uma cultura digital que promova a correta utilização dos telemóveis em contexto educacional (Moura, 2009).

No entanto, esta realidade tomou proporções de maior dimensão e relevância quando em 2019 surge no mundo uma pandemia provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 em que a palavra de ordem foi o isolamento social.

Portugal, à semelhança de outros países no mundo, teve necessidade de reinventar o seu tradicional método de ensino e recorrer a estes recursos tecnológicos como uma ferramenta fundamental no processo de ensino e de aprendizagem remota, em que as plataformas digitais ganharam mediatismo neste processo, deixando para trás a conceção de que o telemóvel era apenas uma ferramenta de comunicação e entretenimento (Junior & Monteiro, 2020).

Também na saúde foram feitas alterações e ajustes, surgindo o conceito de “Telessaúde”, que ganhou grande protagonismo nesta fase de pandemia, apresentando-se como uma proposta de educação tecnológica de aconselhamento, diagnóstico e gestão do processo de saúde, o que permitiu manter o acesso das pessoas a serviços de saúde e melhorar a oferta de assistência com o compromisso de qualidade profissional, de respostas às suas necessidades atuais e de atenuar os tempos de espera associados aos constrangimentos das restrições impostas no país (Fernandes *et al.*, 2021).

Estas mudanças vieram provar que é possível aprender, produzir conhecimentos e desenvolver competências em várias áreas, nomeadamente na saúde e na Enfermagem,

através da tecnologia e deste *mobile learning*, uma vez que foram aliados fundamentais neste processo (Moura, 2009).

Assim, a tecnologia não deve ser suprimida, devendo sim ser vista como uma forte aliada no ensino e aprendizagem, nomeadamente das gerações mais novas, constituindo-se um recurso do enfermeiro, principalmente do EESIP no seu cuidado especializado à criança e família/pessoa significativa.

Cabe não só aos profissionais de ensino mas também aos profissionais de saúde contribuir para a promoção de comportamentos de utilização dos recursos tecnológicos de forma segura e saudável, para posteriormente os utilizarem como ferramenta para a promoção de conhecimento e de comportamentos. Para tal, é necessário que as gerações vejam os potenciais e os benefícios destes recursos tecnológicos no seu processo de aprendizagem e ensino, pelo que se deve motivar de forma consciente a sua utilização (Moura, 2009), contribuindo assim através do Modelo de Promoção da Saúde para comportamentos promotores de saúde.

As tecnologias são, de facto, uma ferramenta muito útil para a produção de conhecimentos e são importantes nos processos de comunicação, mas a sua utilização incorreta, em situações inadequadas não só perturbam quem está ao seu redor como é visto como um desrespeito pelo outro e pelo seu espaço pessoal (Moura, 2009).

Ainda, as novas tecnologias também têm algumas desvantagens e riscos, sendo, por isso, necessário alertar as gerações, nomeadamente as mais novas, para a utilização inadequada das tecnologias que possa colocar em perigo não só os próprios como os que os rodeiam, uma vez que as tecnologias permitem que se crie um mundo virtual que está a transformar estilos de vida, relacionamentos, comportamentos e até a própria saúde (Eisenstein & Estefenon, 2011).

No mundo virtual, a identidade, a intimidade e até a própria realidade podem ser alteradas e confundidas (Eisenstein & Estefenon, 2011), surgindo novas dimensões, como o real-virtual e *online-offline*, e um novo conceito onde, através da sua autonomia social e geracional, as crianças são vistas como agentes sociais ativos criando as suas próprias culturas, que lhes permite a integração no grupo de amigos (Monteiro & Osório, 2015).

Associado à utilização das novas tecnologias surgem ainda três preocupações no que diz respeito à “Identidade e sociabilidade”, “Risco e segurança “ e “Condições de acesso e uso das novas tecnologias” (Monteiro & Osório, 2015, p. 46), que acarretam riscos individuais, familiares, sociais e digitais (Eisenstein & Estefenon, 2011).

Alguns destes riscos estão ligados com a exposição a redes ilegais e criminosas, criação de fantasias e grandes decepções, situações com que as gerações mais novas se podem confrontar, devido à facilidade de comunicação em tempo real e o anonimato permitido neste mundo (Eisenstein & Estefenon, 2011).

Estas possibilidades de tempo e identidade permitem a simulação de situações do mundo real e a sua vivência no mundo virtual sem consequências, sendo dinâmicas, lúdicas e estimulantes para as gerações mais novas (Dourado *et al.*, 2021) por vezes promovendo o uso não saudável destes recursos tecnológicos (Eisenstein & Estefenon, 2011).

Este uso abusivo de dispositivos como o computador ou o telemóvel ocorre essencialmente na transição da fase de desenvolvimento da infância para a adolescência, com o desfasamento da maturação psicológica precoce face à maturação do corpo, criando uma nova conceção do ego corporal. Isto deve-se ao facto de haver uma estimulação a nível cerebral que promove o seu desenvolvimento mais acelerado devido às estimulações visuais e auditivas a que foram expostas (Eisenstein & Estefenon, 2011).

No entanto, esta maturação acarreta problemas de memória, de concentração, de humor e mentais, contribuindo para um consequente aumento da dependência do mundo virtual. Esta compulsão do mundo virtual associada à realidade paralela também contribui para perturbações de ansiedade e comportamentos (Eisenstein & Estefenon, 2011).

Conceitos como o *technostress*, o *cyberbullying* e o *sexting* começam a emergir neste século XXI. O primeiro diz respeito à ansiedade sentida pela necessidade constante de verificar aplicações de mensagens instantâneas, de estar atento ao telemóvel e/ou de usar o mesmo ou um computador simultaneamente a outras tarefas; o segundo está relacionado com a exposição do outro, maioritariamente de uma forma negativa, estando ainda associado a destruição da sua imagem; e o terceiro diz respeito à troca de mensagens de cariz sexual (Eisenstein & Estefenon, 2011).

Ao contrário das consequências mentais e psicológicas que por vezes não são notadas existem porém alterações físicas que podem ser observadas, tais como Eisenstein & Estefenon (2011) enunciam: fadiga ocular, ressecamento da conjuntiva, Síndrome do Olho Seco (SOS), Síndrome do Túnel do Carpo, lesões do esforço repetitivo, transtornos do sono com alterações de humor, riscos auditivos, nomeadamente perda da audição por exposição ao ruído, sedentarismo, negligência postural, consumo de drogas e medicamentos e utilização de drogas digitais.

Desta forma, é também da responsabilidade do enfermeiro especialista trabalhar nestas situações de complexidade, devendo procurar compreender a criança e família/pessoa

significativa, bem como o ambiente onde estão inseridas no sentido de mudar comportamentos com o objetivo da promoção da saúde, não significando necessariamente a abolição das tecnologias mas sim a sua utilização correta, adequada e com limites.

Isto vai ao encontro do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que também ele ganhou uma maior relevância com a expansão da *Internet* no que diz respeito a estratégias promotoras da saúde como trilha a seguir na prevenção de problemas de saúde e na procura desses comportamentos, com a introdução de diversas ferramentas informáticas (Pender *et al.*, 2015).

Assim, apesar das adversidades decorrentes do uso indevido e/ou abusivo, o facto é que as novas tecnologias são o futuro do mundo e a sua utilização é cada vez mais imperativa na sociedade em que estamos inseridos. Estas são o recurso preferencial das gerações mais novas nos seus processos de aprendizagem, e, considerando que estas gerações são vistas como o futuro da sociedade em que se espera que tenham adquirido e desenvolvido certos comportamentos, conhecimentos e habilidades, podem ser uma ferramenta de excelência para os profissionais das diversas áreas de atuação, nomeadamente os enfermeiros, alcançarem os seus objetivos.

No entanto, deve-se ainda ter em consideração quem não tem acesso a estas novas tecnologias e/ou tem mais dificuldade em aceder às mesmas, muitas vezes associado à falta de conhecimentos para tal e/ou disposição económica, pelo que é da competência do enfermeiro especialista procurar outras estratégias para assegurar os cuidados aos mesmos, como por exemplo a ponte com um familiar próximo, uma simples chamada telefónica ou até mesmo o envio de uma carta (Fernandes *et al.*, 2021).

Por fim, de salientar, que este tema foi apresentado em comunicação oral (apêndice XI), no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, intitulado com o nome “Oportunidades de Desafios da Era Digital” (anexo V).

2. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO

Para que o enfermeiro se torne EESIP é necessário o desenvolvimento de competências comuns e específicas que lhe garantam um “(...) conjunto de competências clínicas especializadas que visa promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

Essas competências encontram-se respetivamente nos Regulamentos das Competências Comuns (anexo I) e das Competências Específicas (anexo II) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ambos apresentados “com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação” muito bem delineados (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192; 2019, p. 4745).

Nesse sentido, foi realizado todo um percurso constituído por três estágios, respetivamente, nos seguintes contextos: serviço de urgência pediátrica, internamento de Pediatria e neonatologia, bem como a mobilização das competências adquiridas no contexto de Cuidados de Saúde Primários, estágio realizado no 2º semestre.

Durante os estágios foram promovidas atividades dirigidas à criança, família/pessoa significativa e/ou aos profissionais de saúde, com o objetivo de promover comportamentos promotores da saúde, focando, sempre que possível, o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, dada a grande capacidade de modelagem nesta etapa do ciclo de vida.

A par das atividades realizadas, foram também prestados cuidados diretos de Enfermagem, especializados, à criança e família/pessoa significativa, a partir daqui, pela realidade experienciada, identificados como criança e mãe ou pai/pais, sob orientação e assentes em conhecimento baseado na evidência científica, que permitiram também o desenvolvimento de competências comuns e específicas, que enriqueceram o percurso.

Durante este percurso houve também a oportunidade de participar e concluir com aproveitamento o curso de Formação Profissional de *Schedule of Growing Skills II* (SGS II) - Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II, promovido pela

ANIP (anexo VI), que permitiu adquirir conhecimentos no âmbito da avaliação do desenvolvimento infantil.

Igualmente, outra oportunidade de aprendizagem durante todo este percurso, foi a oportunidade de pertencer à Comissão Organizadora do IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (anexo VII). Neste seminário, para além da realização da comunicação oral e da submissão do póster, tal como referido anteriormente, tive ainda oportunidade de submeter outro póster (apêndice XII), o que revela um sentido de responsabilidade e preocupação em partilhar conhecimento científico.

Em seguida, serão explanadas as atividades realizadas e apresentadas nos relatórios de atividades, conteúdo contemplado no portefólio de estágio construído durante este percurso.

Estas atividades foram definidas seguindo as seis etapas do modelo de planeamento em saúde identificadas por Tavares (1992): diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e a avaliação (p. 38), e contempladas nos projetos de estágio que igualmente fazem parte do portefólio de estágio.

A utilização do planeamento em saúde permite, através da tomada de decisão, que sejam otimizados os recursos de saúde, e que sejam desenvolvidos projetos que direcionem as intervenções às prioridades, de saúde e/ou dos serviços, identificadas (Tavares, 1992).

Assim, os contextos de estágio serão apresentados inicialmente com uma contextualização do serviço, de uma forma breve, sucinta e clara que permita dar ao leitor uma ideia de como funciona e da sua população alvo, respeitando o seu anonimato.

De seguida serão abordados os diagnósticos de situação, pois só identificando as prioridades se pode selecionar as intervenções mais adequadas. Esta fase tem como suporte o raciocínio clínico, o processo de pensamento que permite ao enfermeiro a tomada de decisão, quer para o diagnóstico quer para fins terapêuticos, fundamental para a prestação de cuidados seguros e eficazes (E. C. Carvalho *et al.*, 2017).

Por sua vez, segue-se a operacionalização e as competências desenvolvidas, focando-se diretamente na apresentação das atividades realizadas bem como das competências desenvolvidas com as mesmas.

Por fim, a avaliação das atividades desenvolvidas que se constitui um momento tão ou mais importante como o planeamento e o desenvolvimento das mesmas. É nesta fase que se faz o balanço dos resultados obtidos de uma forma crítica e reflexiva com o principal objetivo de melhorar e procurar a excelência.

É também nesta fase que é possível desenvolver as competências comuns: “A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4746) e “B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747).

2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O estágio no serviço de urgência pediátrica decorreu entre 6 de setembro e 9 de outubro de 2021, no APP de um Hospital Privado, em Lisboa.

2.1.1. Contextualização

O Hospital tem como função a prestação de cuidados de saúde a quem procura os seus serviços, tanto a nível particular como através de seguros. O mesmo é pioneiro nos cuidados em Pediatria, sendo o primeiro a oferecer aos seus clientes o APP para diagnóstico e tratamento com funcionamento semelhante ao dos hospitais públicos, funcionando 24 horas por dia, sete dias por semana, independentemente da área geográfica dos clientes.

O APP conta com equipas dedicadas às várias especialidades, permitindo oferecer cuidados de confiança e qualidade, através de protocolos comuns que transmitem coesão e segurança aos pais.

A equipa de Enfermagem é constituída pelo enfermeiro chefe, pelo segundo elemento, por 33 enfermeiros, dos quais se destacam as funções de enfermeiro de referência e enfermeiro chefe de equipa. A equipa é distribuída pelos vários serviços de Pediatria, em horário *roulement* de turnos de 12h, estando sempre dois enfermeiros no APP.

O APP desta unidade hospitalar, à semelhança dos demais serviços públicos e privados de prestação de cuidados de saúde, teve de se adaptar à nova realidade mundial que afetou o nosso país: a pandemia pelo vírus SARS-CoV-2.

Com a preocupação de manter os cuidados foram criados dois circuitos, consoante a sintomatologia dos clientes e desenvolveram ainda um novo conceito para observação e tratamento do cliente: este, após a triagem, é chamado para um gabinete de observação e todos os cuidados de saúde necessários são prestados ali, à exceção dos meios complementares de diagnóstico de imagem em que são os clientes a deslocarem-se ao Serviço de Imagiologia.

Uma vez que o cliente é colocado no gabinete são o enfermeiro e/ou o médico a deslocarem-se até ao mesmo, onde serão realizadas todas as intervenções, sendo que, caso

seja necessário ficar em Sala de Observação, durante um período de tempo curto ou mais longo, o mesmo também é feito nos gabinetes onde o cliente já se encontra, existindo alguns que permitem monitorização contínua e com visualização dos parâmetros na sala de trabalho de Enfermagem, permitindo uma vigilância atenta e contínua pela equipa.

Por fim, caso a situação clínica assim o justifique as crianças podem ser transferidas para o internamento ou, quando as situações clínicas são mais graves ou instáveis e necessitam de uma vigilância mais apertada e cuidados mais específicos, para a unidade de cuidados intermédios.

Neste contexto, os cuidados de Enfermagem procuram dar resposta às necessidades de doença aguda das crianças e adolescentes, sendo a relação tríade cliente-pais-enfermeiro muitas vezes de duração curta e fugaz. No entanto o enfermeiro especialista pode e deve destacar-se com intervenções diferenciadas e que procurem dar aos pais conhecimentos para atuar em processos futuros de saúde/doença.

2.1.2. Diagnóstico de situação

No início do estágio foram observados os cuidados de Enfermagem realizados à criança e pais, pela enfermeira orientadora, no contexto de urgência.

Desta forma, e também do feedback de outros enfermeiros da equipa, foi possível identificar alguns pontos importantes onde o enfermeiro especialista, com as suas intervenções diferenciadas, se pode destacar no APP:

- Disponibilizar informação aos pais sobre como atuar nas patologias mais frequentes da criança: febre e vômitos;
- Informar sobre sinais e sintomas de alerta importantes a recorrer ao APP nos recém-nascidos e pequenos lactentes;
- Disponibilizar informação aos pais sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, considerado um dos grandes momentos-chave de grandes aprendizagens e de grande capacidade de modelagem cerebral das crianças.

Após levantamento destes diagnósticos foi notório a necessidade de promover ensinamentos sobre as patologias mais frequentes em Pediatria, uma vez que a grande maioria dos pais que recorrem ao APP com os seus filhos não sabe como atuar adequadamente em situações, por exemplo, como a febre e vômitos. Muitos deles chegam ao APP com febres

altas em que os pais não medicaram nem promoveram medidas de arrefecimento no domicílio.

Sendo estas patologias as mais frequentes nas crianças, os ensinamentos e a disponibilização de informação sobre o tema vai ser algo que os pais vão notar como diferenciador dos cuidados de Enfermagem, sendo que é importante fazer um trabalho motivador e atrativo para que leve os pais, os nossos parceiros de cuidados, a adquirir os conhecimentos necessários para a gestão dos seus processos de saúde/doença (Ordem dos Enfermeiros, 2011), uma vez que em contexto de urgência muitas das vezes a relação criada com os clientes e pais é mais curta e célere.

2.1.3. Operacionalização e Competências desenvolvidas

Com o foco na promoção da saúde, foi definido como objetivo geral: que os pais demonstrem estar esclarecidos sobre a atuação nas patologias mais frequentes da criança (febre e vómitos).

Por sua vez, os objetivos específicos foram os seguintes: que os pais demonstrem conhecimentos sobre como atuar em caso de febre e/ou vómitos; que os pais demonstrem conhecimentos sobre sinais de alerta para recorrer ao APP; que a equipa de Enfermagem tenha à sua disposição material informativo para disponibilizar aos pais sobre estas temáticas. Para tal, foram ainda selecionadas estratégias e recursos (humanos e materiais), nomeadamente recursos da era digital.

Assim, no sentido de desenvolver competências do EESIP foram realizadas atividades que procuraram essencialmente promover a maximização da saúde da criança/jovem e família respondendo às suas necessidades decorrentes de situações de especial complexidade, indo ao encontro respetivamente das primeira e segunda competências: “a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;” e “b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192) presentes no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista.

A perceção da necessidade de intervir nos ensinamentos e na capacitação dos pais para atuarem em situações complexas mas muito frequentes quando estamos a falar de crianças, que são a febre e os vómitos vai ao encontro das competências específicas: “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” e “E2.2.

Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193), bem como das competências comuns “A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4746).

A febre e os vômitos são duas condições agudas e normalmente benignas que motivam a maioria das idas a um serviço de urgência, muitas vezes pelo facto de os pais não saberem como atuar nestas situações. Estas, que na sua maioria, acabam por normalizar ao fim de dois-três dias apenas com controlo sintomático levam os pais a exporem as crianças a um ambiente diferente e de stress, com todos os riscos inerentes a um serviço de urgência, ainda para mais nesta fase pandémica em que vivemos.

É realmente importante trabalhar estas temáticas com os pais de forma a capacitá-los para atuarem em caso de febre e/ou vômitos nas crianças, com conhecimento e segurança que lhes permita empoderamento e autonomia para gerirem estas situações agudas geradoras de stress e ansiedade tanto nos pais como nos seus filhos bem como para reconhecerem sinais de alerta que motivem a ida ao serviço de urgência para cuidados diferenciados.

Ao seguir esta linha de raciocínio nas atividades realizadas, desenvolvi competências específicas no que diz respeito à Unidade de Competência “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

Por estarmos perante gerações que dominam as tecnologias, tanto as gerações X e Y (pais) como as gerações Z e alpha (crianças), é crucial conhecer as suas características e a forma como estas aprendem para selecionar ferramentas para atingir os objetivos planeados e desejados, uma vez que estas novas gerações que dominam a tecnologia procuram informação rápida, interativa, intuitiva e criativa, que promovam estímulos sensoriais que as levem a produzir conhecimento. Este raciocínio e esta perceção deveram-se ao desenvolvimento da competência comum “A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4746).

Como tal, foram desenvolvidos dois instrumentos que procuram responder a essas necessidades e, ao mesmo tempo, serem ferramentas para capacitar os pais sobre como atuar em situações de febre e/ou vômitos dos filhos, disponibilizando-lhes, no entanto, mais informação caso estes estejam interessados em saber mais. Com estes instrumentos consegui desenvolver competências específicas no que diz respeito à Unidade de Competência “E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde,

recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

No caso da febre foi criado o “Termómetro de bolso” (apêndice XIII), um termómetro em papel, de dimensões reduzidas a pensar na possibilidade de o poderem guardar junto do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, com as informações mais importantes de forma curta e explícita de como atuar no caso da criança se apresentar subfebril ou febril, e quando devem recorrer ao serviço de urgência. No mesmo termómetro existe ainda um *QRCode* que os pais podem utilizar para acederem a informação mais detalhada e pormenorizada caso estejam interessados em saber mais sobre a temática.

No caso dos vómitos foi criado o “Fluxograma dos Vómitos” (apêndice XIV), um cartão quadrado que à semelhança do anterior tem dimensões reduzidas propositadamente pensadas com o mesmo propósito de facilidade de acondicionar, em que disponibiliza aos pais um esquema visual passo-a-passo de como atuar em caso de vómitos, bem como sinais de alerta a recorrer ao serviço de urgência. Mais uma vez, à semelhança do anterior, tem um *QRCode* que encaminha para um documento com mais informações.

Com os *QRCode* pretende-se que os pais comecem com informação mais concisa e visualmente agradável e que gradualmente eles próprios desenvolvam interesse pela temática o que conseqüentemente os vai levar a procurarem mais informações, sendo que, como profissionais de saúde, garantimos essa mesma informação, uma fonte segura, o que também lhes vai economizar tempo pois não necessitam de fazer uma pesquisa pela informação estando esta facilmente disponível.

Neste sentido, foram também elaborados dois documentos, um sobre a febre (apêndice XV) e outro sobre os vómitos (apêndice XVI), que contém então a informação mais detalhada e pormenorizada que responde a questões sobre as temáticas trabalhadas como “O que é?”, “Porque acontece?”, “Como avaliar?” e “Como tratar?”. Estes foram desenvolvidos após pesquisa de informação e em conjunto com a enfermeira orientadora, um recurso importante neste processo.

Ao fazer esta pesquisa desenvolvi competências comuns tanto a nível do domínio da melhoria contínua da qualidade (“B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747)) como do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (“D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749)).

Estes documentos pretendem ser uma base de consulta caso os pais sintam que necessitam de mais informação para os ajudar na gestão destas situações de doença aguda dos seus filhos. Mais uma vez a pensar nas novas tecnologias, estes documentos estão disponíveis online, uma vez que eles podem fazer a transferência do documento através da leitura dos *QRCode* e guardar o mesmo nos dispositivos móveis, permitindo que transportem a informação consigo para qualquer lugar e até mesmo que partilhem com outros pais em situações semelhantes.

Não obstante os documentos também foram pensados como recurso à equipa de Enfermagem para que estes os possam disponibilizar aos pais. Assim, estes também podem ser impressos, ficando disponíveis na sala de trabalho em formato de papel A4 para serem entregues pelos enfermeiros sempre que estes considerem oportuno e necessário.

Com este pensamento, e através do trabalho realizado, foram desenvolvidas as seguintes competências comuns: “C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.” e “D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pp. 4748, 4750).

No entanto, a pensar em todos os momentos em que as crianças e os pais se encontram no serviço de urgência e como é importante ter em consideração todos eles, foram criados dois cartazes em formato A3, mais uma vez respetivamente um sobre a febre (apêndice XVII) e outro sobre os vômitos (apêndice XVIII) para disponibilizar aos pais mais informação sobre as temáticas abordadas.

Mantendo o mesmo registo, os cartazes foram pensados não para dar informação direta, mas sim para promover estímulos visuais agradáveis e despertar a curiosidade dos pais sobre as temáticas. Assim, foi priorizada a apresentação gráfica com o intuito de ser atrativa, expondo apenas três questões, questões essas pensadas para serem o gatilho para despoletar nos pais a curiosidade de procurarem mais informação. Mais uma vez, a pensar nessa procura de mais informações e para garantir a fonte confiável das mesmas, está disponível no cartaz um *QRCode* que respetivamente encaminham para os documentos da febre e vômitos criados e que foram abordados anteriormente.

Por último, foi realizada uma apresentação a toda a equipa de Enfermagem do APP (apêndice XIX) e respetivo plano de sessão (apêndice XX) com o intuito de expor o trabalho realizado e consciencializar para a importância de trabalhar estas temáticas através da utilização fundamental das novas tecnologias como uma grande aliada para chegarmos ao nosso objetivo.

Ao realizar esta atividade consegui desenvolver competências no que diz respeito ao domínio da gestão dos cuidados: “C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748).

Tendo em conta a dinâmica da equipa também aqui foi necessário aliar as novas tecnologias para atingir o objetivo, tendo sido realizada uma apresentação em *PowerPoint* que posteriormente foi gravada com áudio através do programa *OBS Studios®* e que a equipa pôde assistir de forma assíncrona nos momentos mais oportunos para esta. No final da mesma estava disponível um *QRCode*, que encaminhava para um instrumento (apêndice XXI), onde os profissionais de Enfermagem pudessem fazer a avaliação da sessão e de todo o projeto de estágio.

Não obstante das atividades realizadas, foi também possível prestar cuidados de Enfermagem especializados à criança e pais em contexto de urgência, que permitiu desenvolver competências relacionadas com a prestação de cuidados, nomeadamente intervenções decorrentes do reconhecimento de situações que poderiam colocar em risco ou até mesmo levar à morte da criança (Unidade de Competência E2.1.) (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

2.1.4. Avaliação

Inicialmente para avaliar as atividades destinadas aos pais tinha sido pensado um questionário aquando a entrega do termómetro de bolso ou do fluxograma dos vômitos aos mesmos para perceber se estes eram ou não capazes de demonstrar conhecimentos sobre as temáticas.

No entanto, surgiram alguns obstáculos inerentes à instituição de estágio, não sendo possível disponibilizar qualquer documentação aos pais sem a respetiva aprovação. Não vendo isto como um impedimento mas sim um desafio para procurar outros caminhos, surgiu a ideia de questionar os pais verbal e informalmente, aquando a prestação de cuidados, sobre a importância do enfermeiro na disponibilização de informações pertinentes sobre como atuar em caso de febre e/ou vômitos. Assim, foi criado um diário de bordo digital, onde registei algumas respostas dos pais (apêndice XXII).

Dos pais que partilharam a sua opinião, todos revelaram mais uma vez que é importante o papel do enfermeiro especialista como diferenciador nos cuidados e na partilha de informação para os empoderar na gestão do processo de saúde-doença dos filhos.

Assim, o balanço que faço das atividades que desenvolvi é bastante positivo, porque apesar de não ter permissão para disponibilizar já estes recursos aos pais deixei ferramentas à equipa para que sejam aprovados futuramente (apêndice XXIII) e que se tornem úteis para todos e assim desenvolver competências que fomentem práticas de qualidade, contribuindo para programas de melhoria contínua (Unidades de Competência B2.1, B2.2 e B2.3) (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747).

Não obstante, também foi importante perceber o feedback da equipa de Enfermagem em relação às atividades desenvolvidas durante o período de estágio. Com as respostas da equipa (apêndice XXIV), foi notório a concordância na importância do trabalho diferenciado do EESIP no APP, bem como o facto de ser importante a equipa ter à sua disposição recursos e ferramentas informativas para disponibilizarem aos pais. Também a importância das novas tecnologias como aliada na transmissão de informação teve uma resposta unânime.

No final foi disponibilizado um espaço para que a equipa de Enfermagem deixasse a sua avaliação às atividades desenvolvidas ao longo do estágio, o que considero um feedback bastante positivo tendo em conta as respostas obtidas.

Foi também disponibilizado um espaço para sugestões/comentários onde, para além de ser parabenizada pelo trabalho, um elemento deixou uma sugestão que foi tida em consideração, tendo sido contemplada quando foram enviados os documentos para aprovação pela entidade e pelos respetivos departamentos de formação e *marketing*.

2.2. INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

O estágio decorreu entre 11 de outubro e 13 de novembro de 2021, no serviço de internamento de um Hospital Público, pertencente a um Centro Hospitalar de Lisboa, juntamente com mais dois hospitais, colocando à disposição dos clientes um conjunto de cuidados de saúde diferenciados.

2.2.1. Contextualização

O Hospital presta cuidados a cerca de 1 milhão de habitantes de uma região específica do distrito de Lisboa, com o objetivo de prestar cuidados humanizados, com qualidade e em tempo útil com preocupação económica e financeira, desenvolvendo atividades e projetos em várias áreas de cuidados promovendo o ensino, a investigação e a formação profissional.

O serviço de Pediatria, constituído por urgência pediátrica, consulta externa, unidade de cuidados especiais pediátricos, enfermaria, unidade de neonatologia com cuidados

intensivos e hospital de dia, presta cuidados a todos os que nascem no hospital, crianças e jovens da área de residência abrangida pelo mesmo, num total estimado de 400 000 habitantes, dos quais cerca de 19% abaixo dos 16 anos e ainda a todos aqueles que pelas suas necessidades são referenciados ao serviço.

O internamento recebe crianças desde os zero dias até aos 18 anos de idade, permitindo cuidados de Enfermagem 24 horas por dia, sete dias por semana a crianças e adolescentes provenientes da urgência pediátrica, unidade de neonatologia, consulta externa ou de outros hospitais.

O mesmo conta com o apoio permanente de especialidades e serviços, dispondo atualmente de 10 camas, num total de 27 camas iniciais que mais uma vez devido à pandemia mundial pelo novo SARS-CoV-2 foi reajustado.

A equipa de Enfermagem é dedicada apenas a este serviço e conta com enfermeira chefe, segundo elemento e 11 enfermeiros, que em horário *roulement* de oito horas asseguram a prestação de cuidados de Enfermagem 24 horas por dia.

Por fim, é importante referir que o Centro Hospitalar é certificado como Centro de Referência para a área da Epilepsia Refratária pelo Ministério da Saúde, recebendo crianças referenciadas de qualquer ponto do país para fazer monitorização de crises epiléticas por vídeo EEG, permanecendo no serviço o tempo necessário para recolher informações clínicas suficientes e adequadas à equipa multidisciplinar para cuidados diferenciados de qualidade.

Para tal, dispõe de um quarto dedicado para receber tanto as crianças como o seu acompanhante, estando equipado com tecnologia moderna que permite uma vigilância e uma monitorização 24 horas.

O contexto de internamento em Pediatria procura dar resposta às necessidades de doença aguda e/ou crónica das crianças, que necessitam de cuidados 24 horas, independentemente da sua resolução mais curta ou mais longa, sendo importante a criação de uma relação de parceria entre a tríade criança-pais-enfermeiro.

2.2.2. Diagnóstico de situação

Foi possível identificar alguns pontos importantes onde o enfermeiro especialista, com as suas intervenções diferenciadas, se pode destacar no internamento:

- Disponibilizar aos pais vídeos com ensinamentos de cuidados ao recém-nascido (banho, lavagem nasal, preparação do biberão, sono, etc.);

- Disponibilizar aos pais conhecimentos antecipatórios sobre o serviço e sobre o Centro de Referência da Epilepsia Refratária e Centro de Referência de Cirurgia de Epilepsia;
- Disponibilizar aos pais os folhetos informativos do serviço de forma digital;
- Contribuir para o projeto da parentalidade a ser desenvolvido pela equipa de Enfermagem.

Após identificação destas necessidades de intervenção que possam permitir cuidados de Enfermagem diferenciados e que destaquem o trabalho do enfermeiro especialista no internamento de Pediatria foi notório a importância da criação de um vídeo de apresentação do serviço, no âmbito do Centro de Referência da Epilepsia Refratária a ser disponibilizado aos pais e crianças, caso estes tenham capacidade de compreensão do mesmo.

Este pretende dar informação que os tranquilize no primeiro impacto aquando a sua chegada ao internamento, momento por si só de grande ansiedade e stress tanto para a criança como para a mãe ou pai que acompanha, sendo que se for planeado estes sentimentos podem ser atenuados (Jorge, 2004).

No entanto, e aproveitando esta era digital percebi que também era importante disponibilizar aos pais os recursos já existentes na equipa, e que contribuem para a promoção da saúde, de forma digital para que estes possam ter a informação consigo no telemóvel e/ou *tablet*, podendo consultá-la em qualquer lugar e a qualquer hora, sem terem a preocupação de se lembrar onde guardaram o documento em papel (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

2.2.3. Operacionalização e Competências desenvolvidas

Nesse sentido foi definido como objetivo geral: disponibilizar aos pais recursos digitais que sejam fonte de informação pertinente para os empoderar no processo de saúde-doença dos seus filhos. Como objetivos específicos foram definidos: que os pais tenham à sua disposição um vídeo de apresentação do Centro de Epilepsia Refratária; que os pais tenham à sua disposição recursos digitais para a promoção da saúde das crianças e adolescentes; que a equipa de Enfermagem tenha à sua disposição recursos para disponibilizar aos pais.

Com estes objetivos, pretende-se desenvolver competências específicas no que diz respeito à implementação de um plano de saúde em parceria com a família/cuidador principal (Unidade de Competência E1.1.) e à promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (Unidade de Competência E2.5.), que dizem respeito às primeira e segunda

competências do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

Mais uma vez, para a sua operacionalização e para que os objetivos sejam atingidos foram selecionados estratégias e recursos, considerados na altura os mais adequados.

Assim, foram desenvolvidas atividades que procuraram essencialmente promover a maximização da saúde da criança e família, respondendo às suas necessidades decorrentes de situações de especial complexidade através da prestação de cuidados específicos às suas necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento, indo ao encontro das três competências “a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;”, “b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;” e “c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”, presentes no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

Após o diagnóstico de situação foram identificadas algumas situações mercedoras de intervenção especializada de uma futura enfermeira especialista, com recurso às novas tecnologias e à era digital onde nos encontramos nos dias de hoje. A utilização dos recursos digitais permite uma qualificação do cuidado de Enfermagem, favorecendo condições para o vínculo com os clientes e assim melhorar a resposta ao cuidado da saúde (Lapão, 2020).

Assim, e no sentido de colaborar no projeto sobre a parentalidade que se encontrava a ser desenvolvido pela equipa de Enfermagem, foi proposta a disponibilização aos pais de todos os folhetos informativos existentes no serviço de forma digital e sob a forma de poster exposto no serviço para rápida consulta. Este póster, intitulado “Vamos para casa...E agora?” (apêndice XXV), engloba todos os folhetos informativos pertinentes do serviço e que os pais podem ter acesso a todos eles, através de *scan* do *QRCode* com recurso ao telemóvel ou *tablet*, que permite o *download* dos mesmos, e assim guardá-los no seu próprio dispositivo móvel por forma a terem-nos sempre disponíveis, a qualquer hora e em qualquer lugar à distância de meia dúzia de *cliques*.

Esta atividade permitiu desenvolver competências comuns no que diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, com a avaliação do processo e dos resultados da tomada de decisão (Unidade de Competência A1.3) uma vez que foram discutidas e considerados os prós e contras das várias atividades propostas numa fase inicial (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4746).

Esta permitiu ainda desenvolver competências do domínio da gestão dos cuidados com a otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados (Unidade de Competência C2.1) (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748).

Também competências específicas foram desenvolvidas, no que diz respeito às primeira e terceira competências do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, nomeadamente na implementação e gestão de um plano de saúde em parceria e promotor da parentalidade (Unidade de Competência E1.1), através da utilização de estratégias motivadoras para os pais na assunção dos seus papéis em saúde com mobilização e recurso a informação existente (Critérios de avaliação E1.1.3. e E1.1.6.), (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

Foi possível também desenvolver competências no que diz respeito à promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil (Unidade de Competência E3.1) com a demonstração de conhecimentos sobre o tema e consequentemente transmissão de orientações antecipatórias na maximização da saúde do recém-nascido (Critérios de avaliação E3.1.1. e E3.1.3.). Também competências que promovem a vinculação com o recém-nascido (Unidade de Competência E3.2.) através de estratégias que levem os pais a envolverem-se nos cuidados, nomeadamente também na promoção da amamentação (Critérios de avaliação E3.2.4., E3.2.5. e E3.2.6.), uma vez que o hospital está inserido na iniciativa “Hospitais Amigos dos Bebés” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194).

Não obstante, e sendo o Hospital parceiro do Centro de Referência da Epilepsia Refratária foi levantada a necessidade de realizar uma atividade associada ao mesmo. Nas primeiras semanas de estágio foi possível perceber que o mesmo recebe crianças de várias idades e a sua família/pessoa significativa, maioritariamente mãe ou pai, de todas as zonas de Portugal Continental e Ilhas, sendo que muitos deles realizam a viagem casa-hospital-casa, estando numa região por vezes desconhecida para a maioria e sem apoio de qualquer rede de suporte familiar.

Assim, no sentido de promover cuidados antecipatórios parentais e de promoção da adaptação à doença crónica (Unidade de Competência E2.5.) surgiu a ideia da criação de um vídeo de apresentação do serviço (apêndice XXVI) (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193). Para além de mostrar o espaço permite disponibilizar informações pertinentes sobre o que acontece no momento da admissão, durante o internamento e no momento de alta, e ainda informações sobre o que é necessário trazer para o serviço, tanto para as crianças como para o acompanhante.

Estas informações foram selecionadas com recurso à enfermeira orientadora e escritas num guião (apêndice XXVII) para facilitar o processo de gravação de voz-off que foi adicionado às imagens e vídeos.

Com este vídeo foi possível desenvolver competências específicas na implementação de um plano de saúde em parceria (Unidade de Competência E1.1.) através da disponibilização de conhecimentos especializados e individuais, com uso de técnicas de comunicação apropriadas, para facilitar o processo específico de saúde-doença (Critérios de avaliação E1.1.2 e E1.1.4.) e ainda promover estratégias de coping e de adaptação à doença crónica da família e da criança (Critério de avaliação E2.5.2.), se a este último se aplicar (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

A construção deste vídeo permitiu também disponibilizar um recurso à equipa, e consequentemente o desenvolvimento de competências comuns no que diz respeito à orientação de projetos institucionais na área da qualidade (Unidade de Competência B1.2), na otimização do trabalho da equipa com recursos adequados às necessidades (Unidade de Competência C2.1) e ainda na formulação e implementação de padrões especializados no âmbito de trabalho (Unidade de Competência D2.3) com a utilização de conhecimentos de Enfermagem e outras disciplinas, rentabilização das oportunidades de aprendizagem e uso de tecnologias de informação (Critérios de avaliação D2.3.1, D2.3.3 e D2.3.4) (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pp. 4747, 4748 e 4750).

Por último, ambos os trabalhos foram apresentados à equipa de Enfermagem através de apresentação *PowerPoint* (apêndice XXVIII) e após elaboração de um plano de sessão (apêndice XXIX). A mesma foi realizada na sala de reuniões do serviço e com transmissão *streaming* constituindo um momento de formação em serviço (anexo VIII) revelando responsabilidade em ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho (Unidade de Competência D2.1) (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749). Para além de elementos da equipa de Enfermagem foi ainda possível contar com a presença de uma das técnicas de neurofisiologia (Técnicas de Diagnóstico e Terapêutica) do Centro de Referência da Epilepsia Refratária, bem como de uma aluna do curso de licenciatura de Enfermagem.

2.2.4. Avaliação

Inicialmente para avaliar as atividades destinadas aos pais tinha sido pensado num instrumento de recolha de feedback verbal dos mesmos que tivessem acesso ao cartaz bem como dos pais a quem fosse disponibilizado o vídeo.

No entanto, por questões inerentes à dinâmica do serviço o cartaz, no momento do término do estágio, ainda se encontrava com a enfermeira chefe a aguardar aprovação para ser afixado no serviço, pelo que não foi possível disponibilizá-lo durante o tempo útil do estágio. Contudo, após o mesmo recebi feedback positivo da enfermeira orientadora por parte dos pais que se sentiram muito agradados com o facto de puderem fazer *download* da informação para os seus dispositivos móveis, com a possibilidade de consultarem mais tarde se assim o desejarem. De igual forma, após a realização do vídeo não se registou qualquer internamento no âmbito da epilepsia refratária pelo que não foi possível obter *feedback*.

No entanto, durante a apresentação à equipa foi solicitado de forma facultativa e anónima aos presentes, exceto à aluna da licenciatura, o preenchimento escrito, online ou em papel, de um instrumento de avaliação (apêndice XXX) com o objetivo de recolher feedback da equipa de Enfermagem sobre atividades desenvolvidas durante a realização do estágio e que permitiram desenvolver competências comuns e específicas do EESIP.

Com as respostas da equipa (apêndice XXXI), foi notório a concordância na importância do trabalho diferenciado do EESIP no internamento de Pediatria, bem como o facto de se aliar um recurso inovador que é a utilização das novas tecnologias para a transmissão de informação na promoção da saúde. A maioria revelou ainda ser importante a criação de um vídeo de apresentação do serviço no âmbito do Centro de Referência da Epilepsia Refratária.

Foi ainda disponibilizado um espaço para que, quem respondeu, deixasse a sua avaliação às atividades desenvolvidas ao longo do estágio, o que considero um feedback bastante positivo tendo em conta as respostas obtidas. Também foi disponibilizado um espaço para sugestões/comentários onde não foram obtidas quaisquer respostas, no entanto no final da apresentação foi disponibilizado um espaço para discussão onde oralmente foram feitas algumas sugestões de melhoria do vídeo e que foram já realizadas no mesmo.

Por fim, o vídeo foi ainda apresentado *à posteriori* ao Neuropediatra responsável pelo Centro de Referência no hospital, o qual fez críticas construtivas e sugestões que foram tidas em consideração para aperfeiçoamento do vídeo e assim desenvolver um projeto de qualidade no cuidado especializado.

Nesta última fase de avaliação, foi notório o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista no que concerne ao domínio da melhoria contínua da qualidade, através da avaliação, planeamento e liderança em colaboração num programa de melhoria contínua (Unidades de Competência B2.1, B2.2 e B2.3) (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747).

2.3. NEONATOLOGIA

O último estágio realizou-se num hospital público do SNS, em Lisboa, gerido em parceria público-privada entre o Estado Português e duas Sociedades Gestoras, inicialmente previsto entre 15 de novembro e 18 de dezembro de 2021, mas com necessidade de prolongamento até dia 23 de dezembro de 2021, por motivos inerentes à disponibilidade da enfermeira orientadora.

2.3.1. Contextualização

O hospital visa ser um hospital de referência na prestação de cuidados de saúde mediados por serviços de qualidade e excelência a vários níveis, servindo a população de 4 concelhos, num total de cerca de 278 mil habitantes.

Um dos serviços é a unidade de neonatologia que recebe recém-nascidos até aos 28 dias de vida e que por parto prematuro e/ou por doença precisam de cuidados de saúde especiais, disponibilizados por uma equipa multidisciplinar com formação específica capaz de assegurar esses cuidados. A mesma funciona em modo *open-space* com capacidade para cinco vagas de cuidados intensivos e sete vagas de cuidados intermédios, uma sala de isolamento com capacidade para cuidados intensivos ou cuidados intermédios, uma sala de amamentação e uma sala de espera para os pais.

A equipa de Enfermagem é constituída por enfermeira responsável, sub-chefe, 15 enfermeiros de contrato e seis enfermeiros em prestação de serviços, que em turnos *roulement* de oito ou 12 horas prestam cuidados 24 horas por dia, sete dias por semana.

Este contexto permite a prestação de cuidados do recém-nascido prematuro ou doente, com recurso a tecnologia avançada e profissionais de saúde especializados (Gomes-Pedro, n.d.) respeitando cinco medidas essenciais nos cuidados por parte dos profissionais de Enfermagem: “proteção do sono; avaliação e gestão da dor/stress; apoio às atividades de vida diária: posicionamento, alimentação oral, integridade cutânea; cuidados centrados na família; ambiente saudável.” (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais Hospital de São Francisco Xavier, 2012, p. 260).

2.3.2. Diagnóstico de situação

Tendo em conta a política do hospital, onde não é possível disponibilizar qualquer informação aos pais sem aprovação do mesmo, e a sua fase de transição onde o

Departamento de *Marketing* não está a aceitar qualquer solicitação, levantou-se como diagnóstico de situação, em conjunto com a enfermeira orientadora, a mais-valia de trabalhar e desenvolver o tema da promoção da saúde na era digital no seio da equipa de Enfermagem uma vez que é necessário reflexão sobre como as novas tecnologias influenciam a prática de Enfermagem, para que se procure um equilíbrio promotor de cuidados de saúde com qualidade e segurança para todos os seus intervenientes (L. A. Carvalho *et al.*, 2018).

Independentemente das atividades destinadas aos profissionais de saúde, e apesar de não ser um diagnóstico de situação mas no sentido de complementar as competências de enfermeiro especialista desenvolvidas anteriormente, colaborei inteiramente, e sempre que necessário/permitido, na prestação de cuidados aos recém-nascidos e pais, com orientação da enfermeira especialista e mestre.

Esta necessidade prende-se com a grande especificidade e complexidade do mundo da neonatologia, onde o enfermeiro deve basear os seus cuidados no planeamento que responda às individualidades da criança, proporcionando um ambiente flexível através da parceria de cuidados centrados na família para promover alterações de comportamentos e tudo a eles inerentes (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais Hospital de São Francisco Xavier, 2012).

Assim, surgem como objetivos gerais: promover a reflexão na equipa de Enfermagem sobre a utilização dos recursos digitais na promoção da saúde; e participar na prestação de cuidados aos recém-nascidos e pais/cuidador principal.

O primeiro vai ao encontro das competências comuns do “Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade”: “B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747); do “Domínio da Gestão dos cuidados”: “C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748); e do “D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”: “D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749).

Por sua vez, o segundo vai ao encontro das três competências específicas do enfermeiro especialista: “a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;”, “b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;” e “c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

Como objetivos específicos associados ao primeiro objetivo geral surgem: disponibilizar informação à equipa de Enfermagem sobre as oportunidades da era digital na promoção da saúde; disponibilizar informação à equipa de Enfermagem sobre os desafios da era digital na promoção da saúde; e dinamizar o conhecimento e debate sobre os recursos e ferramentas da era digital na promoção da saúde. Já os associados ao segundo objetivo geral são: prestar cuidados de Enfermagem especializados aos recém-nascidos e pais; e promover cuidados de Enfermagem aos recém-nascidos e pais, promotores da saúde na maximização da mesma nas situações de especial complexidade.

2.3.3. Operacionalização e Competências desenvolvidas

A necessidade de adequação das atividades à dinâmica do serviço e do hospital para que seja possível não só o desenvolvimento de competências, mas também para ser um contributo para a equipa de Enfermagem, permitiram o desenvolvimento de competências comuns de enfermeira especialista no que diz respeito ao autoconhecimento e assertividade, através da consciência de mim enquanto pessoa e enquanto enfermeira na otimização do autoconhecimento para facilitar o relacionamento com a equipa multidisciplinar e a influencia pessoal na relação profissional, bem como na gestão dos recursos e limites tanto pessoais como profissionais (Unidade de Competência D1.1) (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749).

Assim, e sendo o enfermeiro um parceiro de cuidados na promoção da saúde do bebé e pais surgiu a ideia de fazer sessões de formação à equipa de Enfermagem com o objetivo de promover a reflexão dentro da mesma sobre a utilização dos recursos digitais na promoção da saúde.

As mesmas, foram merecedoras de várias adaptações devido à dinâmica da equipa de Enfermagem, bem como à disponibilidade dos recursos humanos e materiais, sendo que mantendo o compromisso de promover uma atividade inovadora e motivadora para a prática de cuidados de Enfermagem e com a qualidade merecida.

Estas alterações inesperadas revelaram a minha capacidade de aceitar as críticas e o empenho em querer fazer melhor e responder aos desafios e às necessidades do serviço, o que só foi possível pelo desenvolvimento de competências a nível da segunda competência da melhoria contínua da qualidade, no que diz respeito ao planeamento de programas de melhoria contínua (Unidade de Competência B2.2) (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747),

bem como pelo desenvolvimento de competências a nível do domínio da gestão dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748).

Assim, foi realizada apenas uma sessão em *PowerPoint* (apêndice XXXII) com o respetivo plano de sessão (apêndice XXXIII), apresentada num momento oportuno durante um dos turnos realizados, atuando como formadora em contexto de trabalho (Critério de avaliação D2.1.1) e promovendo a reflexão e o debate no momento da sessão, o que com esta mudança permitiu desenvolver competências a nível das aprendizagens profissionais, através da prática baseada na evidência para facilitar a aprendizagem no seio da equipa de Enfermagem (Unidade de Competência D2.2) (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749).

A realização da sessão, com a mobilização de conhecimentos e habilidades que suportem estratégias institucionais na utilização dos recursos tecnológicos na prática de Enfermagem, permitiu desenvolver competências a nível da primeira competência do domínio da melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747).

Esta sessão de formação única, mas síncrona, revelou vantagens e desvantagens, no entanto o balanço final é positivo uma vez que a metodologia utilizada para a realização das atividades foi mais benéfica para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. Durante a mesma deixei ainda como sugestão à equipa de Enfermagem uma ferramenta (apêndice XXXIV) que exemplifica como os recursos tecnológicos podem ser um aliado para otimizar trabalho já realizado pelos enfermeiros, nomeadamente na transmissão de informação já existente no serviço em formato de papel aos pais, mas desta forma em formato digital tornando a informação portátil e ainda contribuindo para um meio ambiente sustentável com a redução do consumo de papel e do gasto de tinteiro.

No final da sessão, solicitei aos presentes o preenchimento de um instrumento de avaliação da mesma (apêndice XXXV), para que de forma voluntária e anónima pudessem avaliar a sessão realizada.

Estas atividades tiveram assim, como foco principal, a intervenção junto dos profissionais de Enfermagem como parceiros promotores da saúde dos bebés e pais, tendo contribuído as mesmas para o desenvolvimento das competências acima referidas.

No entanto foi também necessário intervir diretamente com os bebés e os pais, na prestação direta de cuidados, sempre que foi oportuno, o que permitiu desenvolver competências a nível das três competências específicas de enfermeiro especialista nomeadamente na assistência para maximização da saúde nas situações de especial complexidade, neste caso a prematuridade, para responder às necessidades de crescimento e desenvolvimento específicas de cada bebé (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

Tudo isto só foi possível através da mobilização de conhecimentos baseados em evidência científica, bem como da procura de momentos de reflexão, análise e validação com a enfermeira orientadora das situações, dos diagnósticos, dos objetivos esperados e das intervenções, para uma tomada de decisão assente num raciocínio clínico que procure a qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem.

2.3.4. Avaliação

No final da sessão todos os presentes acederam a preencher o instrumento de avaliação da mesma, onde nas suas respostas (apêndice XXXVI) foi possível verificar que os enfermeiros consideraram o tema pertinente e atual, e consideraram a metodologia adequada e interativa, o que pressupõe que a mudança foi muito benéfica e que o objetivo da mesma foi atingido.

Por fim, foi ainda disponibilizado um espaço para “Sugestões/ Comentários/ Outros” tendo obtido uma resposta que na minha opinião resume muito bem a realidade da utilização das novas tecnologias nos cuidados de Enfermagem promotores da saúde e que foi a conclusão partilhada pela maioria, tanto os que assistiram formalmente à sessão, como dos que de forma informal foram discutindo a mesma ao longos dos turnos: “As novas tecnologias são sempre uma mais-valia, contudo têm algumas desvantagens. Temos sempre de ter em conta a população alvo, mas se forem bem utilizadas podem fazer a diferença nos nossos cuidados.” (sic).

Assim, durante o pequeno debate realizado com os elementos da equipa após a sessão foi muito enriquecedor para o desenvolvimento do tema, com a partilha das experiências pessoais da utilização das novas tecnologias na promoção da saúde dos bebés e pais, através da discussão em tempo real de ideias.

No entanto, durante o tempo de estágio, a discussão/reflexão com a enfermeira orientadora durante os turnos aquando o desenvolvimento das atividades foi promovendo também a curiosidade de outros elementos da equipa que na altura faziam turno connosco e, por sua vez, não tiveram possibilidade de assistir à sessão, o que de forma informal proporcionou debate sobre o tema com os mesmos, tendo permitido a partilha de conhecimento bem como conhecer algumas das suas experiências e opiniões.

2.4. MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ESTÁGIO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O estágio de cuidados de saúde primários decorreu numa USF de 19 de abril e 4 de junho de 2021. A Unidade está integrada num ACES, pertencente à ARS de Lisboa e Vale do Tejo.

Esta conta com uma equipa multidisciplinar constituída por 25 profissionais, dos quais nove enfermeiros, com autonomia organizativa, funcional e técnica, que respondem às necessidades de saúde da população inscrita correspondente à respetiva freguesia abrangente. A mesma desenvolve o seu trabalho assente em programas de saúde, nomeadamente o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e o Programa Nacional de Vacinação, da Direção-Geral de Saúde.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2021, dos 16.640 utentes 28.18% representam jovens, estando inscritas 61 crianças do sexo masculino e 57 crianças do sexo feminino, com idade inferior a um ano.

A USF, à semelhança dos demais serviços de saúde, teve de repensar o seu modo de funcionamento, havendo uma diminuição da atividade assistencial, sendo apenas realizadas as consultas de saúde infantil a crianças com menos de 18 meses de idade.

No entanto, tal como vários estudos indicam, o distanciamento social imposto com o estado de emergência traz problemas funcionais e comportamentais nas crianças, nomeadamente uma maior dependência dos pais, problemas de atenção, problemas de sono, desconforto e agitação, aumento da exposição a stress tóxico, entre outros (Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância, 2020).

Segundo a NANDA-I 2021-2023, o diagnóstico “*Risk for delayed child development*”, classificado no domínio 13 e classe 2, tem como fatores de risco das crianças o acesso inadequado a cuidados de saúde e a estimulação inadequada, e fatores do cuidador a ansiedade, sintomas depressivos e stress excessivo (Herdman *et al.*, 2021, p. 570).

A exposição ao stress tóxico no primeiro ano de vida, nomeadamente o aumento da tensão familiar ou até mesmo casos de violência doméstica, ficou aumentada com o encerramento de amas e creches, sendo um fator negativo para o desenvolvimento saudável do cérebro e um aumento do risco de doenças (Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância, 2020).

Uma criança pequena não tem capacidade para perceber a situação atual do país pelo que, apesar do impacto dos estímulos variar de criança para criança, o seu comportamento

altera-se pelas situações vivenciadas ao seu redor e manifesta-se por comportamentos como o chorar, a diminuição do apetite, alteração no padrão de sono, entre outros (Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância, 2020).

Assim, como necessidade de intervenção, foi identificado o seguinte diagnóstico de situação: transmissão de informação em formato vídeo sobre o desenvolvimento infantil para ser exibido na sala de espera da USF, para complementar a informação do folheto sobre o mesmo tema, realizado pelas enfermeiras, e que se encontra em aprovação na Unidade.

Este surge pela necessidade de informar os pais sobre a importância dos estímulos para o desenvolvimento infantil que, devido à pandemia que estamos a viver na atualidade pelo SARS-CoV-2, possam estar diminuídos ou até mesmo ausentes pelo fecho das escolas e ausência de interação com outras crianças da mesma idade, bem como a importância de estarem atentos a sinais de alerta que possam passar despercebidos e que em situação normal do país seriam detetados por profissionais.

Assim, o objetivo geral foi que os pais demonstrem estar esclarecidos sobre a promoção do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, indo ao encontro da terceira competência específica “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194).

Como objetivos específicos, surgem dois: que os pais demonstrem conhecimentos sobre estímulos adequados à faixa etária; que os pais demonstrem conhecimentos sobre sinais de alerta do desenvolvimento infantil comprometido.

Estes vão ao encontro das competências específicas no que diz respeito à implementação de um plano de saúde em parceria com os pais/cuidador principal (Unidade de Competência E1.1.) da primeira competência “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

Segundo a Direção-Geral da Saúde, o enfermeiro deve “observar o comportamento da criança desde que entra até que sai da consulta” (Direção-Geral da Saúde, 2013, p. 60), pelo que a consulta de Enfermagem foi um dos locais selecionado como ideal para a promoção do desenvolvimento infantil e conseqüentemente para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Nas consultas de saúde infantil e pediátrica, sob orientação da enfermeira orientadora especialista e mestre na área, procurei, através de uma participação ativa, estabelecer uma relação terapêutica com os pais, apresentando-me, promovendo privacidade e demonstrando disponibilidade e abertura para que fiquem à vontade para esclarecer as suas dúvidas, tal

como é disposto nas competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal do enfermeiro especialista (Unidades de Competência A1.1 e A2.1) (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4746).

Promovi também um plano de saúde individualizado e adaptado à família onde a criança está inserida, procurando perceber a cultura e as crenças que a família segue para adaptar a informação através de técnicas de comunicação adequadas (Unidade de Competência E3.3), como por exemplo falar mais devagar e utilização de gestos numa família surda-muda, utilização de linguagem mais clara em famílias de literacia mais baixa e ainda tradução da informação para inglês dada a multiculturalidade da população da USF (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194). Para tal foi necessário estabelecer uma parceria com os pais, promovendo a parentalidade e capacitando-os para a procura da independência e do maior estado de bem-estar possível (Unidade de Competência E1.1) (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

Para os capacitar foi necessário mobilizar conhecimentos adquiridos em pesquisa de artigos e em livros da área, bem como orientações nacionais, no que diz respeito à promoção do crescimento e desenvolvimento em cada idade chave do primeiro ano de vida, tal como preconizado na competência dos domínios da melhoria contínua da qualidade (Unidade de Competência B1.1) e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Unidade de Competência D2.2), e assim basear a minha prática especializada em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747 e 4749) de forma a transmitir informações aos pais para estes promoverem o desenvolvimento infantil através de atividades adequadas a cada idade (Critério de avaliação E3.3.3.) (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194).

Com base no conhecimento adquirido e mobilizado, realizei nas consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica a avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças (Critério de avaliação E3.1.2.) com recurso a Tabelas de Percentis e à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada presentes no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, promovendo o crescimento e desenvolvimento infantil (Unidade de Competência E3.1), identificando desvios não só fisiológicos a vigiar nas próximas consultas como patológicos que necessitam de encaminhamento (Unidade de Competência E1.2) (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193 e 19194).

Colaborei ainda com a equipa de Enfermagem neste processo dos cuidados antecipatórios e referênciação, uma vez que quando solicitaram intervenção especializada da enfermeira orientadora também permitiram a minha intervenção na tomada de decisão da equipa, muitas das vezes ouvindo primeiramente a minha avaliação, que só depois era

complementada pela enfermeira orientadora (Unidade de Competência C1.1) (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748).

Tive também a oportunidade de realizar a primeira consulta ao recém-nascido, onde foi feita a avaliação minuciosa do mesmo (observação do corpo, postura, tónus, reação ao som, fixação da face humana, presença dos reflexos primitivos) (Pinto, 2009) e a realização do Diagnóstico Precoce, constituindo-se como o primeiro contacto daqueles pais/cuidadores e do seu novo membro da família com a USF, muitas vezes primeiro filho, em que o enfermeiro especialista inicia um trabalho de parceria e criação de uma relação terapêutica sólida, bem como intervenções de promoção da vinculação e do comportamento interativo entre o bebé e os pais (Unidade de Competência E3.2) (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194), pois é um dos fatores positivos na promoção de um desenvolvimento infantil saudável.

Nesse sentido procurei envolver os pais nos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente na promoção da amamentação (ensinos sobre aleitamento materno, horário das mamadas, resolução de mastites, de ingurgitamento da mama, utilização de mamilos de silicone, etc.) (Critério de avaliação E3.2.5.), segurança e prevenção de acidentes, cólicas e medidas de atuação, planeamento das vacinas, planeamento das consultas, entre outros, de forma a capacitá-los com ferramentas para que eles sejam capazes de gerir e lidar com esta nova etapa do ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194).

Foi também possível participar no Programa Nacional de Vacinação, através da administração de vacinas do plano a crianças e jovens e respetivos ensinos aos pais sobre efeitos secundários e modo de atuação, bem como de administração de vacinas, e respetivos cuidados, extraplano recomendadas pela equipa de Enfermagem da USF providenciando assim um maior ganho em saúde (Unidade de Competência E2.4) (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

Durante a administração das vacinas, um momento doloroso para a criança e de grande ansiedade para os pais, promovi medidas não farmacológicas da dor (musicoterapia, distração, sucção não nutritiva com uso de chucha, consolo dos pais) e farmacológicas, após a vacinação se necessário, através de administração de analgésicos (Unidade de Competência E2.2) (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

Com o intuito de avaliar a minha prática clínica, no final das consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foram questionados os pais sobre os conhecimentos transmitidos sobre o tema bem como o facto de ter utilizado uma linguagem clara e simples sobre o desenvolvimento infantil e a sua promoção, tendo as respostas sido

positivas, considerando a minha intervenção útil com o desenvolvimento das respetivas competências.

Os pais foram também questionados quanto à sua opinião à cerca da entrega de um folheto informativo com as informações faladas na consulta, uma vez que a mesma está preconizada para acontecer em 30 minutos, o que pode comprometer a transmissão dos conhecimentos aos pais, tendo todos eles considerado importante, sendo que uma vez que o folheto já se encontrava feito, aguardando apenas aprovação, complementei o mesmo com uma versão traduzida para Inglês (apêndice XXXVII), mais uma vez para abranger a multiculturalidade e tendo em conta a competência de adaptação da comunicação e da informação ao contexto (Critério de avaliação E1.1.2.) (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

Porém, tendo em conta a importância de utilizar todos os momentos de contacto com a criança e a família, surgiu a ideia da realização de um vídeo informativo (apêndice XXXVIII), sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida para ser passado na sala de espera da USF, aproveitando o tempo que os pais/cuidadores esperam, para transmitir informação útil aos mesmos.

No vídeo é abordado o que esperar, os sinais de alerta e as atividades promotoras do desenvolvimento em cada idade chave no primeiro ano de vida, preconizadas na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Direção-Geral da Saúde, 2013), visto ser também a escala utilizada no programa informático da USF. Mais uma vez, o vídeo encontra-se também em inglês (apêndice XXXIX), para abranger uma maior população.

No sentido de desenvolver competências do domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos recursos (Unidade de Competência B2.2 e C2.1) (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747 e 4748), o vídeo foi enviado, via e-mail, para a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Ordem dos Enfermeiros, com o intuito de solicitar apoio no âmbito do grupo de investigadores da área para validação e creditação do mesmo, sendo a resposta clara de que não é da sua função a orientação e aprovação de trabalhos académicos (apêndice XL).

Também, com vista ao desenvolvimento de competências do domínio da gestão de cuidados, no que diz respeito à gestão dos recursos e articulação na equipa de saúde (Unidade de Competência C2.1) (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748), foi solicitada aprovação da Exma. Sr.^a Coordenadora e dos Exmos. Srs. do Conselho Técnico do ACES (apêndice XLI), pelo que, após feedback positivo, foi também enviado ao Exmo. Sr. Diretor, via e-mail

(apêndice XLII) para seu conhecimento e solicitar a sua autorização para transmissão nos televisores da sala de espera da USF, tendo também uma resposta positiva com sugestões que foram tidas também em consideração.

Após esta resposta, foi articulado com o Gabinete de Imagem e Comunicação do ACES (apêndice XLIII) de forma a adaptar os vídeos realizados para que estes possam ser exibidos nas salas de espera da USF em questão, bem como das outras unidades do ACES. Este última ainda não obteve qualquer resposta até à data de entrega do relatório.

Após todo este percurso, e para finalizar com o intuito de desenvolver competências do domínio da gestão de cuidados no que diz respeito à resposta e articulação com a equipa (Unidade de Competência D2.1) (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749), foi pensada uma sessão de apresentação, através de um plano de sessão (apêndice XLIV).

Foi então construída uma apresentação em *PowerPoint* (apêndice XLV) promovendo um momento de formação em serviço (anexo IX) revelando mais uma vez responsabilidade em ser facilitadora de aprendizagem, em contexto de trabalho (Unidade de Competência D2.1) (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749).

Na apresentação, dou a conhecer o trabalho desenvolvido ao longo do estágio e as dificuldades sentidas, bem como consciencializar os profissionais de saúde para a importância da promoção do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, nomeadamente reforçar a articulação com o enfermeiro especialista na área para uma avaliação especializada e, se necessário, encaminhamento para um diagnóstico e intervenção precoce.

No final da apresentação, que contou com uma presença de 13 dos 17 profissionais de saúde da USF, foi solicitado aos presentes o preenchimento de um instrumento de avaliação da sessão (apêndice XLVI), anónimo e facultativo, em papel ou online, para avaliação do trabalho desenvolvido.

Com as respostas da equipa multidisciplinar (apêndice XLVII), foi notório a importância de se abordar o desenvolvimento infantil nas consultas de saúde infantil e pediátrica.

No final, foi ainda possível recolher, por parte da restante equipa, um feedback bastante positivo de todo o trabalho desenvolvido, onde para além dos comentários também deixaram algumas sugestões que na altura, pelo facto do estágio estar a terminar, deixei como sugestão para outros colegas que tenham a oportunidade de realizar os seus estágios na USF.

3. CONCLUSÃO

Uma mudança do paradigma ao longo dos tempos, com maior interesse na qualidade de vida, enfatiza a promoção de comportamentos de saúde nos clientes em vários contextos e em várias idades.

A modernização da sociedade com as inovações tecnológicas também contribuiu para que as necessidades das novas gerações sejam diferentes (Dourado *et al.*, 2021).

Vivemos num mundo em constante mudança e transformação, onde o acesso à informação também se tem vindo a modificar, revelando alterações na forma como se procura e obtém informação, sendo esta mediada por dispositivos móveis (telemóveis, *tablets*, banda larga móvel, etc.), portáteis, de custo acessível, de fácil utilização e que permitem múltiplas tarefas, podendo ser utilizados em qualquer momento e em qualquer lugar (Oliveira & Alencar, 2017).

Isto deve-se ao crescimento da utilização das novas tecnologias, onde estas ferramentas fazem com que também o tipo de informação que se procura seja diferente, para atender às necessidades específicas das gerações que cada vez mais dominam o mundo das tecnologias e da era digital.

As gerações dominantes das tecnologias procuram essencialmente informação curta, concreta, de acesso rápido e visualmente agradável, de preferência com utilização de imagem e/ou som, sendo necessário compreendê-las para podermos adequar o modelo de aprendizagem e os respetivos recursos, nunca esquecendo que “não é o aprendizado que está mudando, mas as ferramentas que auxiliam no aprendizado” (p. 18) e que “a educação do futuro será portátil, personalizada e onipresente” (p. 23) (DOT digital group, 2019). Estas gerações são facilmente afetadas pela objetividade e subjetividade do mundo que os rodeia (Dourado *et al.*, 2021).

A Enfermagem “como ciência está em processo de construção hodierna, emergindo a partir de saberes específico e totais para a fundamentação de sua prática. Esse desafio

emergente (...) da globalização determinadas pela ciência, pela tecnologia e pela inovação” (Dourado *et al.*, 2021, p. 244).

Foi notório também na Enfermagem, que a tecnologia ganhou um papel importante ao longo dos anos, através de descobertas e avanços tecnológicos fundamentais para os cuidados de saúde (Oliveira & Alencar, 2017).

No entanto a utilização de tecnologias em excesso está a colocar as relações humanas e os cuidados humanos em perigo, pelo que as tecnologias devem ser uma ferramenta em parceria e não devem substituir o cuidado humano do profissional de saúde. Quando bem utilizadas as novas tecnologias são uma aliada forte nos cuidados holísticos do enfermeiro na promoção da saúde (Baggio *et al.*, 2010).

Assim, pensamentos pessimistas que consideram que a tecnologia provocará a substituição do homem pela máquina resultando na sua eliminação global devem ser mudados e pensamentos mais otimistas que veem esta evolução tecnológica como um recurso para atingir os seus objetivos que permitem o progresso da humanidade, devem ser enaltecidos (Nietsche *et al.*, 2012).

As novas tecnologias permitem aproximar os profissionais de saúde e as pessoas alvo dos seus cuidados através de uma relação dinâmica e de um processo de partilha de informação horizontal (troca de informação e feedback mútuos e no imediato), o que promove conhecimentos e novas formas de pensar, sentir e agir (Dourado *et al.*, 2021). Não descurando a importância de que deve ser dada primazia à qualidade da informação que se partilha, para sermos reconhecidos como fontes de informação (Oliveira & Alencar, 2017).

Só quando se atinge o equilíbrio entre a tecnologia e a Enfermagem se consegue alcançar a harmonia do cuidado holístico ao outro (L. A. Carvalho *et al.*, 2018).

Em conclusão, é crucial uma intervenção diferenciada que procure a sustentabilidade das novas tecnologias na prática de Enfermagem e na promoção da saúde, nomeadamente na promoção do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, com a preocupação de cuidados de saúde de qualidade e segurança, garantidos pelo enfermeiro especialista que deve desenvolver competências específicas da era digital, associando-as às competências comuns e específicas do EESIP para continuar a garantir cuidados especializados de excelência.

Todo o percurso necessário ao desenvolvimento destas competências técnicas e/ou relacionais de EESIP está reunido no Relatório de Estágio, onde resume o meu caminho individual e profissional de formação contínua. Nele estão contempladas as atividades que permitiram desenvolver habilidades e mobilizar conhecimentos tanto sobre a avaliação do

crescimento e desenvolvimento da criança, bem como de antecipação e resposta às situações de urgência/emergência, através da utilização de capacidades técnicas e/ou relacionais, tal como está promulgado no Regulamento de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Por fim, no sentido de continuar a desenvolver competências do “D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749) em que o enfermeiro se consciencializa de si enquanto pessoa e enquanto enfermeiro, adaptando-se às solicitações, com o autoconhecimento no que diz respeito aos valores e princípios, para alcançar a excelência deixo o compromisso futuro de continuar a minha formação para atualizar os meus conhecimentos sempre que me seja permitido e adequado.

Pretendo também dar continuidade ao projeto “Enfermeiros XS”² que nasceu durante este percurso formativo, onde através da utilização de uma rede social já existente, como estratégia motivadora, será disponibilizada informação orientadora a todas as pessoas, com preocupação de sensibilizar e potencializar para comportamentos promotores de saúde, facilitando a aquisição de conhecimentos, intervenções reconhecidas ao EESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

² Em coautoria com enfermeiro Marco André Martins Cabeça

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baggio, M. A., Erdmann, A. L., & dal Sasso, G. T. M. (2010). Cuidado humano e tecnologia na Enfermagem contemporânea e complexa. *Texto e Contexto Enfermagem*, 19(2), 378–385. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072010000200021>
- Carvalho, E. C., Oliveira-Kumakura, A. R. S., & Morais, S. C. R. V. (2017). Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 690–696.
<https://www.scielo.br/j/reben/a/dDyzC3GnxfnDrNy4rDFRCnp/?lang=pt>
- Carvalho, L. A., Thofehn, M. B., Amestoy, S. C., Nunes, N. J. da S., & Fernandes, H. N. (2018). O uso de tecnologias para a qualificação da assistência de enfermagem: uma revisão integrativa. *Journal of Nursing and Health*, 8(1), 1–20.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2018/bde-33787/bde-33787-664.pdf>
- Chiavone, F. B. T., Paiva, R. de M., Moreno, I. M., Pérez, P. E., Feijão, A. R., & Santos, V. E. P. (2021). Tecnologias utilizadas para apoio ao processo de enfermagem: revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/actape/2021ar01132>
- Coelho, R., Ferreira, J. P., Sukiennik, R., & Halpern, R. (2016). Child development in primary care: a surveillance proposal. *Jornal de Pediatria*, 92(5), 505–511.
<https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.12.006>
- Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância. (2020). *Edição Especial: Repercussões da Pandemia de COVID-19 no Desenvolvimento Infantil*. 41.
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/07/Working-Paper-Repercussoes-da-pandemia-no-desenvolvimento-infantil.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

- DOT digital group. (2019). *As gerações e suas formas de aprender* (Ebook).
http://www.fatecsp.br/dti/pdf/geracao_z.pdf
- Dourado, J. V. V., Arruda, L. P., Ponte, K. M. A., Silva, M. A. M., Ferreira Junior, A. R., & Aguiar, F. A. R. (2021). Tecnologias para a educação com adolescentes: revisão integrativa. *Av Enfermagem*, 39(2), 235–254.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/85639/79243>
- Eisenstein, E., & Estefenon, S. B. (2011). Geração digital: riscos das novas tecnologias para crianças e adolescentes. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*, 42–52. http://bjhbs.hupe.uerj.br/WebRoot/pdf/105_pt.pdf
- Fernandes, B. C. G., Silva Júnior, J. N. de B., Guedes, H. C. D. S., Macedo, D. B. G., Nogueira, M. F., & Barrêto, A. J. R. (2021). Utilização de tecnologias por enfermeiros no gerenciamento da Atenção Primária à Saúde. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 42(spe). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200197>
- Gomes-Pedro. (n.d.). O Ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. In *Manual para pais de bebês prematuros* (Ebook). <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-ambiente-nas-Unidades-Cuidados-Intensivos-Neonatais1.pdf>
- Haith, M. M., & Campos, J. J. (1977). Human Infancy. *Ann. Rev. Psychol*, 28, 251–293.
<https://web.s.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=1&sid=1ebfdad0-ca3f-4f11-a836-40fdaff713ba%40redis>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Nursing Diagnosis: Definitions and Classification 2018-2020* (N. Internacional (ed.); Eleventh E). Thieme Medical Publishers, Inc.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *Nursing Diagnosis: Definitions and Classification 2021-2023* (NANDA International (ed.); 12th ed.). Thieme Medical Publishers, Inc. <https://doi.org/10.1055/b000000515>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente: Vol. I* (Lusodidata).
- Honig, A. (1970). The role of the nurse in stimulating early learning. *The Journal of Nursing Education*, 9(1), 11–16.

<https://discovery.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=b508b7d3-702f-3f6a-938c-2e9f0a4b23d8>.

Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança*. Lusociência.

Junior, V. B. dos S., & Monteiro, J. C. da S. (2020). Educação e COVID-19: as tecnologias digitais mediando a aprendizagem em tempos de pandemia. *Revista Encantar - Educação, Cultura e Sociedade*, 2, 01–15. <https://doi.org/10.46375/encantar.v2.0011>

Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., Sales, L. M., Stelling, R., Pesaro, M. E., & Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath. Online*, 6(1), 48–68. http://www.fundamentalpsychopathology.org.br/wp-content/uploads/2019/10/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_d esenvolvimento_infantil.pdf

Lapão, L. V. (2020). The Nursing of the Future: combining Digital Health and the Leadership of Nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 28:e3338. https://www.researchgate.net/publication/342342243_The_Nursing_of_the_Future_combining_Digital_Health_and_the_Leadership_of_Nurses/fulltext/5ef344ab92851c35353b92bc/The-Nursing-of-the-Future-combining-Digital-Health-and-the-Leadership-of-Nurses.pdf

Marin, H. de F., & Cunha, I. C. K. O. (2006). Perspectivas atuais da Informática em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3), 354–357. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672006000300019>

Melo, N. P. de. (2018). *Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” proposto para a taxonomia NANDA-I* [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-08052019-133049/publico/NADIA_MELO.pdf

Monteiro, A. F., & Osório, A. J. (2015). Novas tecnologias, riscos e oportunidades na perspectiva das crianças. *Revista Portuguesa de Educação*, 28(1), 35–57. <https://doi.org/10.21814/rpe.7049>

- Moura, A. (2009). Geração Móvel: Um ambiente de aprendizagem suportado por tecnologias móveis para a “Geração Polegar.” *VI Conferência Internacional de TIC Na Educação*, 49–77.
[http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10056/1/Moura %282009%29 Challenges.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10056/1/Moura%202009%29Challenges.pdf)
- Nietsche, E. A., Gabriela Rodrigues de Lima, M., da Graça Soler Rodrigues, M., Ane Teixeira, J., Nunes Bitencourt de Oliveira, B., Apio Motta, C., Soprano Gribler, C., Miguel Gribler, V., Deprá Ilha Lucas, D., & Kirchoff Fagundes de Farias, M. (2012). Tecnologias Inovadoras do Cuidado em Enfermagem. *Rev Enferm UFSM*, 2(1), 182–189. <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3591>
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de casos. In *Lisboa: Ordem dos Enfermeiros*.
- Oliveira, A. R. F. de, & Alencar, M. S. D. M. (2017). O uso de aplicativos de saúde para dispositivos móveis como fontes de informação e educação em saúde. *RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência Da Informação*, 15(1), 234–245.
<https://doi.org/10.20396/rdbci.v0i0.8648137>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Assembleia Geral Extraordinária*, 1–14.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE_SaudeCriancaJovem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República*, 2ª série(133), 19192–19194.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 Regulamento: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª série(26), 4744–4750.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7th ed.). Pearson Education Inc.

- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(6), 677–687.
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694>
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Vandresen, L., da Silva, J. M. A. V., & de Cardoso, M. F. P. T. (2021). Utilidade das tecnologias de informação e comunicação: olhar dos enfermeiros portugueses. *Texto e Contexto Enfermagem*, 30.
<https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0139>
- Sharma, A., & Cockerill, H. (2014). *Mary Sheridan's From birth to five years. Children's developmental progress* (4th ed.). Routledge.
- Souza, J. M. de. (2014). *Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I* [Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo].
https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-05112014-115040/publico/DOUTORADO_JULIANA_MARTINS_DE_SOUZA.pdf
- Souza, J. M. de, & Veríssimo, M. de la Ó. R. (2015). Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1097–1104.
<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2ª Edição). Ministério da Saúde: Departamento de Recursos Humanos da Saúde -?- Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Thompson, R. A. (2001). Development in the first years of life. *Future of Children*, 11(1), 21–33. [https://doi.org/10.1016/S0263-8223\(00\)00097-0](https://doi.org/10.1016/S0263-8223(00)00097-0)
- Tocchio, A. B. (2013). *Educação permanente de profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde a partir de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil* [Dissertação de mestrado, Universidade de S. Paulo].
http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-30072013-120530/publico/tocchio_corrigida.pdf
- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais Hospital de São Francisco Xavier. (2012). *Neonatologia, Manual prático* (J. Guimarães, M. J. Carneiro, P. Loio, A. Macedo, C. G. Pinto, M. L. Tuna, A. Salazar, E. Santos, M. Aguiar, & M. Marçal (eds.)). Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

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

World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. *First International Conference on Health Promotion, 17–21 November 1986*.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

5. ANEXOS

ANEXO I – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

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

Artigo 9.º

Organização

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

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

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

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

Artigo 10.º

Natureza

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

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

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

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

Artigo 11.º

Realização da Prova

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

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

CAPÍTULO IV

Disposições Finais

Artigo 12.º

Casos omissos

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

Artigo 13.º

Norma revogatória

Com a entrada em vigor do presente Regulamento é revogado o Regulamento da Prova de Comunicação Linguística, publicado pelo Regulamento n.º 339/2017, em *Diário da República*, 2.ª série, n.º 120, de 25 de junho de 2017.

Artigo 14.º

Entrada em vigor

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

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

311997376

Regulamento n.º 140/2019

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Preâmbulo

A entrada em vigor da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro veio introduzir alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 4/2013, de 10 de janeiro, que aprovou o regime jurídico da criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

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

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

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

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

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

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

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

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

Assim,

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

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

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

Artigo 2.º

Âmbito e finalidade

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

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

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

SECÇÃO II

Conceitos

Artigo 3.º

Conceitos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

Das Competências

Artigo 4.º

Domínios das competências comuns

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

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

Artigo 5.º

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

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

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

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

Artigo 6.º

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

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

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

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

Artigo 7.º

Competências do domínio da gestão dos cuidados

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

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

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

Artigo 8.º

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

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

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

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

CAPÍTULO III

Da Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

Artigo 9.º

Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

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

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

CAPÍTULO IV

Disposições finais

Artigo 10.º

Revogação e entrada em vigor

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

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

ANEXO I

A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência

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

Descritivo

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

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

Competência

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

Descritivo

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

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

ANEXO II

B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Competência

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

Descritivo

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

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

Competência

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

Descritivo

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

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

Competência

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

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

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

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

ANEXO III

C — Domínio da gestão dos cuidados

Competência

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

Descritivo

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

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

Competência

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

Descritivo

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

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

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

ANEXO IV

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competência

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo

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

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

Competência

D2 — Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica

Descritivo

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

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

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

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

311997392

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Regulamento n.º 141/2019

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

21 de janeiro de 2019. — O Reitor, *Paulo Aguiar*.

Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve

Considerando que:

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

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

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

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

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

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

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

I — Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto

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

Artigo 2.º

Natureza e Atribuições

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

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

II — Composição e Competências

Artigo 3.º

Composição

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

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

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

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

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

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

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

Artigo 4.º

Mandato

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

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

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

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

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

ORDEM DOS ENFERMEIROS

Regulamento n.º 422/2018

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Preâmbulo

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

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

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

A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao "mundo" da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente (Kelly et al, 2007).

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

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

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

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

Assim,

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

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

Artigo 1.º

Objeto

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

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

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

Artigo 3.º

Conceitos

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

Artigo 4.º

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

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

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

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

Artigo 5.º

Norma revogatória

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

Artigo 6.º

Entrada em vigor

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

9 de maio de 2018. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, Ana Rita Pedrosa Carvão.

ANEXO I

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

Descritivo:

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

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

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

Descritivo:

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

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

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

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

Descritivo:

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

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

311455411

UNIVERSIDADE ABERTA

Despacho (extrato) n.º 6788/2018

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

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

311454983

Regulamento (extrato) n.º 423/2018

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

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

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Aviso n.º 9415/2018

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

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

ANEXO III – Certificado de 1º Prémio (póster)

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



CERTIFICADO

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

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

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

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões-Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

ANEXO IV – “*Rank the development*”

Figura 2 – Rank the Development. Autorizada utilização pelo autor de correspondência.

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

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

ANEXO V – Certificado da Comunicação Oral

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



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se declara que o(a) Enfermeiro(a) **ANA ISABEL FONSECA LOPES**, participou e apresentou a comunicação com o tema: **“Oportunidades e desafios da era digital no cuidado especializado”**, na **Mesa 2: Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica - IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no **dia 26 de novembro de 2021**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

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

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, **PhD, MEd, RN**
Professora Auxiliar

ANEXO VI – Certificado de Formação Profissional

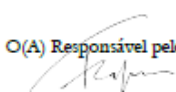
Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Ana Isabel Fonseca Lopes natural de Lisboa nascida em 29/06/1992, com o N.º de Cartão de Cidadão 13923305 9ZX9 válido até 16/06/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Schedule of Growing Skills II - SGS IITM - Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II, em 27/09/2021, com a duração de 7:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Módulo I - Schedule of Growing Skills II – Apresentação de uma Escala de Desenvolvimento	5:00	-
Módulo II- Avaliação do Desenvolvimento: prática simulada e trabalho autónomo	2:00	-
Nota Final		18

Coimbra, 13 de dezembro de 2021

O(A) Responsável pelo(a) Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP)


(Assinatura e selo branco ou carimbo)

Certificado n.º 243/2021 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

ANEXO VII – Certificado de integração da Comissão Organizadora do IV Seminário do Mestrado em Enfermagem

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



CERTIFICADO

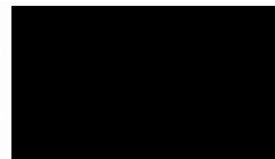
Para os devidos efeitos certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **ANA ISABEL FONSECA LOPES**, integrou a Comissão Organizadora do **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, *Campus da Palma de Cima*, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

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

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões-Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

**ANEXO VIII – Declaração de preleitora em Sessão de Formação em Serviço
(internamento)**



Declaração

Ana Isabel Lopes participou como preleitora na Sessão de Formação em Serviço sobre “**Importância do Enfermeiro Especialista na Promoção da Saúde da Criança/Jovem na Era Digital**”, promovida pelo Serviço de Pediatria, no dia 8 de Novembro de 2021, com duração de **30 minutos**.

Lisboa, 11 de Novembro de 2021

A Direção de Enfermagem



ANEXO VII – Certificado de Formador (USF)



CERTIFICADO DE FORMADOR

Declaramos para os devidos efeitos que

Ana Isabel Fonseca Lopes

Foi formadora na seguinte formação:

“Importância do Enfermeiro Especialista na Promoção do Desenvolvimento Infantil:
0-12 meses” - 28/05/2021 e replicação a 02/06/2021



6. APÊNDICES

**APÊNDICE I – Póster “O desenvolvimento saudável do recém-nascido e lactente:
um protocolo de revisão *scoping*”**



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

Referências
bibliográficas



Ana Isabel Lopes¹, Marco André Cabeça¹, Sílvia Caldeira², Elisabete Nunes³, Margarida Lourenço³, Zaida Charepe³

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

1. Introdução

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

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

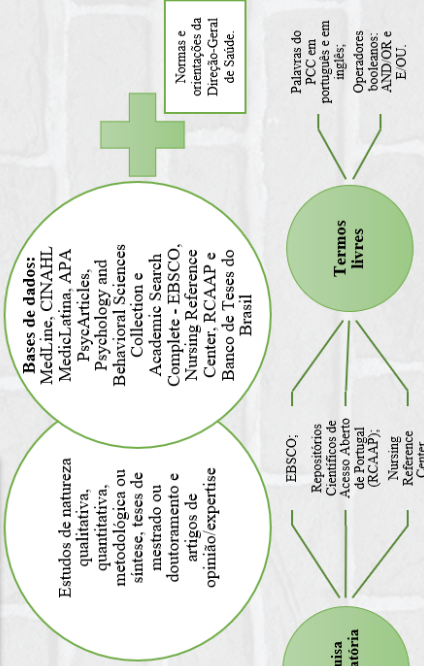
2. Materiais e métodos

Método
The Joanna Briggs Institute (JBI), 2021

Tabela 1: Descrição dos critérios de inclusão segundo PCC.

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

Tipos de estudos



Questão de revisão

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

3. Resultados

Seleção dos resultados:

- Pesquisas importadas para a plataforma Rayyan QCR1;
- Eliminação dos duplicados;
- Letura dos títulos e resumos.

Extração dos resultados:

- Letura integral do texto.

Apresentação dos resultados:

- Fluxograma PRISMA;
- Diagramas e tabelas.

4. Conclusão

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

APÊNCICE II – Fases de pesquisa (*scoping review*)

Tabela 1 – Fases de pesquisa da *scoping review*.

<p style="text-align: center;">1ª Fase - 13 de abril de 2021</p>	<p>Plataformas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EBSCO; • Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal; • Nursing Reference Center. 	<p>Termos livres de pesquisa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palavras do PCC em português: <ul style="list-style-type: none"> ○ Recém-nascido; ○ Neonato; ○ Lactente; ○ Desenvolvimento infantil; ○ Enfermagem; ○ Cuidados de Enfermagem. • E inglês: <ul style="list-style-type: none"> ○ Newborn; ○ Infant; ○ Development; ○ Child development; ○ Nursing; ○ Nursing care. 	<p>Operadores booleanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AND/E; • OR/OU.
<p style="text-align: center;">2ª Fase - 15 de maio de 2021</p>	<p>Pesquisa livre dos descritores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MeSH; <ul style="list-style-type: none"> ○ Newborn; ○ Infant; ○ Growth and Development; ○ Child development; ○ Nursing; Nursing care; ○ Primary Care Nursing. • DeCS; <ul style="list-style-type: none"> ○ Recém-nascido; ○ Lactente; ○ Crescimento e desenvolvimento; ○ Desenvolvimento infantil; ○ Enfermagem; ○ Cuidados de Enfermagem; ○ Enfermagem de Atenção Primária. 	<p>Pesquisa exploratória dos descritores nas plataformas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EBSCO; • Nursing Reference Center. 	<p>Operadores booleanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AND/E; • OR/OU.

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">2ª Fase – 3 de junho de 2021</p>	<p>Pesquisa de descritores e respetiva família de palavras nas plataformas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MeSH: <ul style="list-style-type: none"> ○ Infant; ○ Newborn; ○ Growth and development; ○ Human Development; ○ Child Development; ○ Nursing; ○ Primary Care Nursing; ○ Neonatal Nursing; ○ Nursing Specialties; ○ Nursing Specialty; ○ Pediatric Nursing; ○ Nursing Care,- • CINAHL Subject Headings: <ul style="list-style-type: none"> ○ Infant; ○ Newborn; ○ Child (Infant, Infant Hospitalized e Infant, Newborn); ○ Human development (Child Development, Infant Development); ○ Growth and development (Child Development: 2 Months (Iowa NOC); ○ Child Development: 4 Months (Iowa NOC); ○ Child Development: 6 Months (Iowa NOC); ○ Child Development: 12 Months (Iowa NOC)); ○ Nursing Care; ○ Pediatric Nursing. 	<p>Pesquisa final dos descritores nas bases de dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MedLine; • CINAHL; • MedicLatina; • APA PsycArticles; • Psychology and Behavioral Sciences Collection; • Academic Search Complete; • Nursing Reference Center. <p>Foi também feita pesquisa no RCAAP e no Banco de Teses do Brasil, com os descritores em português (ver 2ª fase a de junho).</p>	<p>Operadores booleanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AND/E; • OR/OU.
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">3ª Fase</p>	<p>Análise das referências dos documentos incluídos na revisão.</p>		

APÊNCICE III – Critérios de pesquisa (pesquisa final – *scoping review*)

Tabela 2 – Critérios de pesquisa da *scoping review*.

Bases de dados	Critério	Resultados
MedLine	MM “infant”	1.736
	MM “newborn”	0
	MM “child”	3.415
	MM “growth and development”	0
	MM “human development”	2.003
	MM “child development”	29.868
	MM ”nursing”	25.876
	MM “primary care nursing”	391
	MM “neonatal nursing”	2.853
	MM “nursing specialties”	0
	MM “nursing specialty”	0
	MM “pediatric nursing”	9.259
	MM “nursing care”	23.553
	MM “infant” OR MM “newborn” OR MM “child”	4.437
MM “growth and development” OR MM “human development” OR “child development”	31.863	
MM ”nursing” OR MM “primary care nursing” OR MM “neonatal nursing” OR MM “nursing specialties” OR MM “nursing specialty” OR MM “pediatric nursing” OR MM “nursing care”	61.116	
(MM “infant” OR MM “newborn” OR MM “child”) AND (MM “growth and development” OR MM “human development” OR “child development”) AND (MM ”nursing” OR MM “primary care nursing” OR MM “neonatal nursing” OR MM “nursing specialties” OR MM “nursing specialty” OR MM “pediatric nursing” OR MM “nursing care”)	0	
(MM “infant” OR MM “newborn” OR MM “child”) AND (MM “growth and development” OR MM “human development” OR “child development”)	84	
CINAHL	MM “infant”	690
	MM “newborn”	0
	MM “child”	1.273
	MM “growth and development”	0
	MM “human development”	1.316
	MM “child development”	14.145
	MM ”nursing”	0
	MM “primary care nursing”	0

	MM “neonatal nursing”	2.566
	MM “nursing specialties”	0
	MM “nursing specialty”	0
	MM “pediatric nursing”	8.570
	MM “nursing care”	17.930
	MM “infant” OR MM “newborn” OR MM “child”	1.872
	MM “growth and development” OR MM “human development” OR “child development”	15.444
	MM “nursing” OR MM “primary care nursing” OR MM “neonatal nursing” OR MM “nursing specialties” OR MM “nursing specialty” OR MM “pediatric nursing” OR MM “nursing care”	28.848
	(MM “infant” OR MM “newborn” OR MM “child”) AND (MM “growth and development” OR MM “human development” OR “child development”) AND (MM “nursing” OR MM “primary care nursing” OR MM “neonatal nursing” OR MM “nursing specialties” OR MM “nursing specialty” OR MM “pediatric nursing” OR MM “nursing care”)	0
	(MM “infant” OR MM “newborn” OR MM “child”) AND (MM “growth and development” OR MM “human development” OR “child development”)	37
MedicLatina	TI “infant”	542
	TI “newborn”	476
	TI “child”	3.676
	TI “growth and development”	27
	TI “human development”	31
	TI “child development”	71
	TI “nursing”	1.624
	TI “nursing care”	387
	TI “primary care nursing”	20
	TI “neonatal nursing”	7
	TI “nursing specialties”	7
	TI “nursing specialty”	7
	TI “pediatric nursing”	11
	TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”	4.643
	TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”	119
	TI “nursing” OR TI “nursing care” OR TI “primary care nursing” OR TI “neonatal nursing” OR TI “nursing specialties” OR TI “nursing specialty” OR TI “pediatric nursing”	1.624

	(TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”) AND (TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”) AND (TI “nursing” OR TI “nursing care” OR TI “primary care nursing” OR TI “neonatal nursing” OR TI “nursing specialties” OR TI “nursing specialty” OR TI “pediatric nursing”)	2
	(TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”) AND (TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”)	74
APA PsycArticles	TI “infant”	1.398
	TI “newborn”	93
	TI “child”	12.318
	TI “growth and development”	40
	TI “human development”	88
	TI “child development”	481
	TI “nursing”	152
	TI “nursing care”	9
	TI “primary care nursing”	1
	TI “neonatal nursing”	1
	TI “nursing specialties”	1
	TI “nursing specialty”	1
	TI “pediatric nursing”	1
	TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”	13.708
	TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”	597
	TI “nursing” OR TI “nursing care” OR TI “primary care nursing” OR TI “neonatal nursing” OR TI “nursing specialties” OR TI “nursing specialty” OR TI “pediatric nursing”	152
(TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”) AND (TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”) AND (TI “nursing” OR TI “nursing care” OR TI “primary care nursing” OR TI “neonatal nursing” OR TI “nursing specialties” OR TI “nursing specialty” OR TI “pediatric nursing”)	0	
(TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”) AND (TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”)	487	
Psychology and Behavioral Sciences Collection	TI “infant”	10.445
	TI “newborn”	1.876
	TI “child”	68.464
	TI “growth and development”	258
	TI “human development”	515
	TI “child development”	2.244

TI “nursing”	3.764
TI “nursing care”	532
TI “primary care nursing”	10
TI “neonatal nursing”	7
TI “nursing specialties”	4
TI “nursing specialty”	4
TI “pediatric nursing”	46
TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”	79.580
TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”	2.929
TI “nursing” OR TI “nursing care” OR TI “primary care nursing” OR TI “neonatal nursing” OR TI “nursing specialties” OR TI “nursing specialty” OR TI “pediatric nursing”	3.764
(TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”) AND (TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”) AND (TI “nursing” OR TI “nursing care” OR TI “primary care nursing” OR TI “neonatal nursing” OR TI “nursing specialties” OR TI “nursing specialty” OR TI “pediatric nursing”)	2
(TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”) AND (TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”)	2.288
AB “infant”	22.575
AB “newborn”	4.425
AB “child”	137.990
AB “growth and development”	5.345
AB “human development”	3.002
AB “child development”	9.796
AB “nursing”	9.062
AB “nursing care”	1.725
AB “primary care nursing”	49
AB “neonatal nursing”	18
AB “nursing specialties”	40
AB “nursing specialty”	40
AB “pediatric nursing”	182
AB “infant” OR AB “newborn” OR AB “child”	154.360
AB “growth and development” OR AB “human development” AB “child development”	17.025
AB “nursing” OR AB “nursing care” OR AB “primary care nursing” OR AB “neonatal nursing” OR AB “nursing specialties” OR AB “nursing specialty” OR AB “pediatric nursing”	9.062

	(TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”) AND (TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”) AND (AB “nursing” OR AB “nursing care” OR AB “primary care nursing” OR AB “neonatal nursing” OR AB “nursing specialties” OR AB “nursing specialty” OR AB “pediatric nursing”)	4
	(AB “infant” OR AB “newborn” OR AB “child”) AND (AB “growth and development” OR AB “human development” AB “child development”) AND (AB “nursing” OR AB “primary care nursing” OR AB “neonatal nursing” OR AB “nursing specialties” OR AB “nursing specialty” OR AB “pediatric nursing” OR AB “nursing care”)	42
Academic Search Complete	TI “infant”	64.223
	TI “newborn”	18.887
	TI “child”	434.833
	TI “growth and development”	7.753
	TI “human development”	6.264
	TI “child development”	8.332
	TI “nursing”	62.487
	TI “nursing care”	8.010
	TI “primary care nursing”	257
	TI “neonatal nursing”	102
	TI “nursing specialties”	124
	TI “nursing specialty”	124
	TI “pediatric nursing”	445
	TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”	510.755
	TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”	21.856
	TI “nursing” OR TI “nursing care” OR TI “primary care nursing” OR TI “neonatal nursing” OR TI “nursing specialties” OR TI “nursing specialty” OR TI “pediatric nursing”	62.487
	(TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”) AND (TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”) AND (TI “nursing” OR TI “nursing care” OR TI “primary care nursing” OR TI “neonatal nursing” OR TI “nursing specialties” OR TI “nursing specialty” OR TI “pediatric nursing”)	16
AB “infant”	161.226	
AB “newborn”	57.230	
AB “child”	1.035.883	
AB “growth and development”	198.863	

	AB “human development”	38.968
	AB “child development”	42.893
	AB “nursing”	155.667
	AB “nursing care”	27.088
	AB “primary care nursing”	956
	AB “neonatal nursing”	273
	AB “nursing specialties”	726
	AB “nursing specialty”	726
	AB “pediatric nursing”	1.386
	AB “infant” OR AB “newborn” OR AB “child”	1.177.579
	AB “growth and development” OR AB “human development” AB “child development”	271.317
	AB “nursing” OR AB “nursing care” OR AB “primary care nursing” OR AB “neonatal nursing” OR AB “nursing specialties” OR AB “nursing specialty” OR AB “pediatric nursing”	155.667
	(AB “infant” OR AB “newborn” OR AB “child”) AND (AB “growth and development” OR AB “human development” AB “child development”) AND (AB “nursing” OR AB “primary care nursing” OR AB “neonatal nursing” OR AB “nursing specialties” OR AB “nursing specialty” OR AB “pediatric nursing” OR AB “nursing care”)	436
	(TI “infant” OR TI “newborn” OR TI “child”) AND (TI “growth and development” OR TI “human development” TI “child development”) AND (AB “nursing” OR AB “primary care nursing” OR AB “neonatal nursing” OR AB “nursing specialties” OR AB “nursing specialty” OR AB “pediatric nursing” OR AB “nursing care”)	41
Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal	Título “desenvolvimento infantil” E Assunto “enfermagem”	45
Nursing Reference Center	AB “infant”	41
	AB “newborn”	21
	AB “child”	66
	AB “growth and development”	6
	AB “human development”	1
	AB “child development”	3
	AB “growth and development” OR AB “human development” AB “child development”	7
	AB “infant” OR AB “newborn” OR AB “child”	120

Bando de Teses do Brasil	“Desenvolvimento lactente”	328.256
	“Desenvolvimento lactente” + Área de concentração “Enfermagem”	141
	“Desenvolvimento recém-nascido”	336.774
	“Desenvolvimento recém-nascido” + Área de concentração “Enfermagem”	159

APÊNDICE IV – Tabela para análise dos artigos selecionados (*scoping review*)

Tabela 3 – Tabela para análise dos artigos selecionados na *scoping review*.

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

APÊNCICE V – Artigos incluídos (*scoping review*)

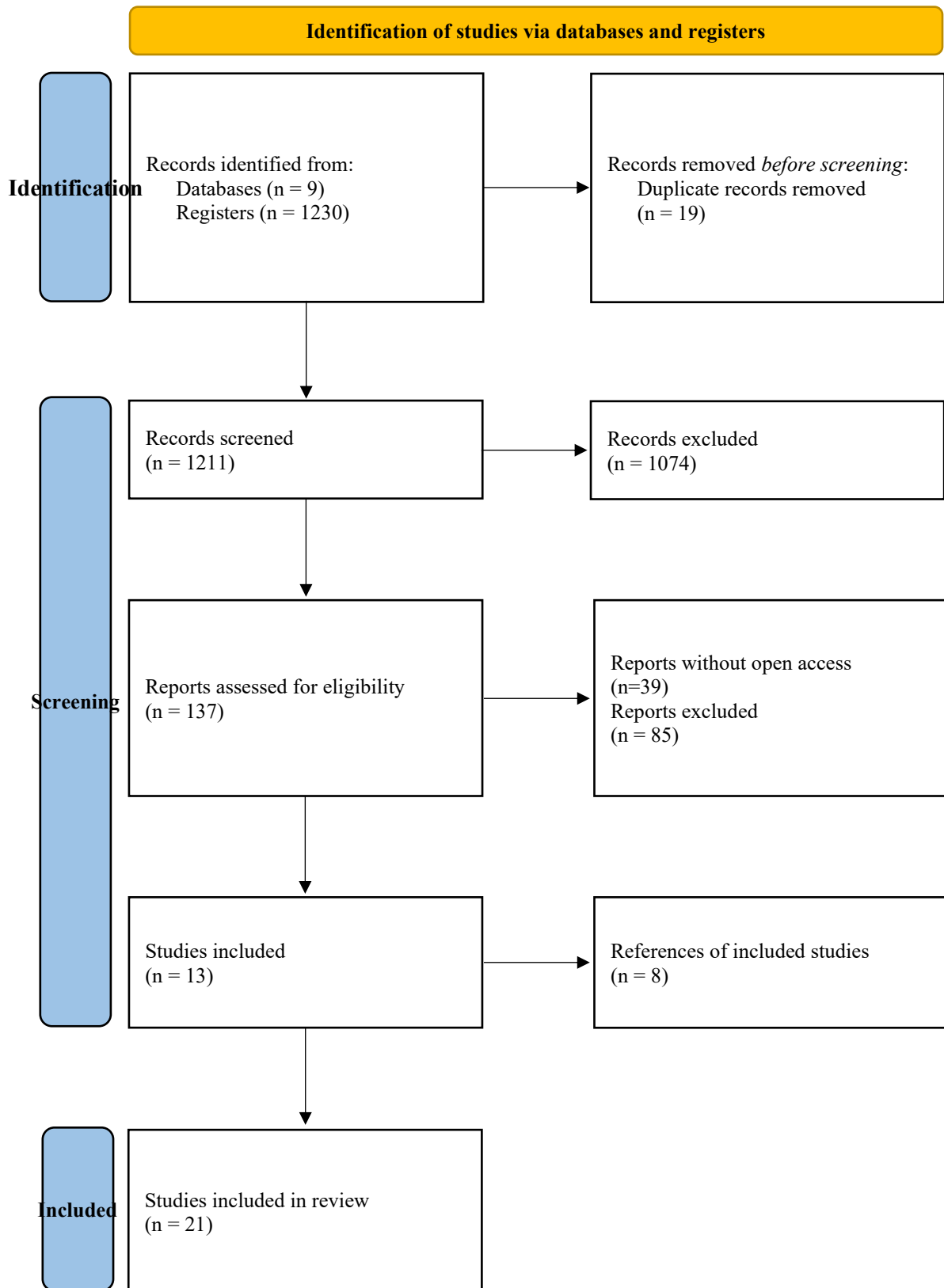
Tabela 4 – Artigos incluídos na *scoping review*.

Studies included in review (n = 13)	Bower, T. G. R. (1971). The object in the world of the infant. <i>Scientific American</i> , 225(4), 30–39. https://www.jstor.org/stable/24922821?seq=1#metadata_info_tab_contents
	Bronson, G. W. (1972). Infants' Reactions to Unfamiliar Persons and Novel Objects. <i>Monographs of the Society for Research in Child Development</i> , 37(3 (serial no. 148)). https://doi.org/10.2307/1165685
	Dantas, C. N. (2016). Software-protótipo para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil a partir da classificação internacional para as práticas de enfermagem (CIPE®) [Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. In <i>Bulletin of the Seismological Society of America</i> . https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/22708
	de Souza, J. M. (2014). Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [Universidade de São Paulo]. https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-05112014-115040/publico/DOCTORADO_JULIANA_MARTINS_DE_SOUZA.pdf
	de Souza, J. M., & Veríssimo, M. de la Ó. R. (2015). Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i> , 23(6), 1097–1104. https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654
	Field, J. (1977). Coordination of vision and prehension in young infants. <i>Child Development</i> , 48(1), 97–103. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1977.tb04247.x
	Haith, M. M., & Campos, J. J. (1977). Human Infancy. <i>Ann. Rev. Psychol</i> , 28, 251–293. https://web.s.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=1&sid=1ebfdad0-ca3f-4f11-a836-40fdaff713ba%40redis
	Hoemann, K., Xu, F., & Barrett, L. F. (2019). Emotion words, emotion concepts, and emotional development in children: A constructionist hypothesis. <i>Developmental Psychology</i> , 55(9), 1830–1849. https://discovery.ebsco.com/c/ljojjj/viewer/pdf/scz262g6lz
	Honig, A. (1970). The role of the nurse in stimulating early learning. <i>The Journal of Nursing Education</i> , 9(1), 11–16. https://discovery.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=b508b7d3-702f-3f6a-938c-2e9f0a4b23d8
	Kagan, J. (1972). Do infants think? <i>Scientific American</i> , 226(3), 74–83. https://www.jstor.org/stable/10.2307/24927295
	McGuire, I., & Turkewitz, G. (1978). Visually elicited finger movements in infants. <i>Child Development</i> , 49(2), 362–370. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1978.tb02324.x
	Melo, N. P. de. (2018). Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” proposto para a taxonomia NANDA-I [Universidade de São Paulo]. https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-08052019-133049/publico/NADIA_MELO.pdf
	Tocchio, A. B. (2013). Educação permanente de profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde a partir de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil [Universidade de S. Paulo]. http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-30072013-120530/publico/tocchio_corrigida.pdf

References of included studies (n = 8)	Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1972). Individual differences in the development of some attachment behaviors. <i>Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development</i> , 18(2), 123–143. https://www.jstor.org/stable/23083966
	Bower, T. G. R., Broughton, J. M., & Moore, M. K. (1970). The coordination of visual and tactual input in infants. <i>Perception & Psychophysics</i> , 8(1), 51–53. https://doi.org/10.3758/BF03208933
	Carpenter, Genevieve C. (1973). Mother-Stranger Discrimination in the Early Weeks of Life (p. 9). Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development (Philadelphia, Pennsylvania). https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED080167.pdf
	Carpenter, Genieve C. (1974). Visual Regard of moving and stationary faces in early infancy. <i>Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development</i> , 20(3), 181–194. https://www.jstor.org/stable/23084525%0A
	Fulkerson, A. L., & Waxman, S. R. (2007). Words (but not Tones) facilitate object categorization: Evidence from 6- and 12-month-olds. <i>Cognition</i> , 105(1), 218–228. https://doi.org/10.1016/j.cognition.2006.09.005
	Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., Sales, L. M., Stellan, R., Pesaro, M. E., & Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. <i>Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath. Online</i> , 6(1), 48–68. http://www.fundamentalpsychopathology.org.br/wp-content/uploads/2019/10/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf
	Trehub, S. E., & Rabinovitch, M. S. (1972). Auditory-linguistic sensitivity in early infancy. <i>Developmental Psychology</i> , 6(1), 74–77. https://discovery.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=a7f5bb24-f188-3a75-9d39-5dfa11a5d8d4
	White, B. L., Castle, P., & Held, R. (1964). Observations on the Development of Visually-Directed Reaching. <i>Child Development</i> , 35(2), 349–364. https://doi.org/10.2307/1126701

APÊNCICE VI – Fluxograma PRISMA-ScR (*scoping review*)

Figura 3 – Fluxograma PRISMA para *scoping review*.



APÊNCICE VII – Resultados extraídos (*scoping review*)

Tabela 5 – Resultados extraídos da *scoping review*.

Domínios segundo Mary Sheridan	Indicadores	Autor(es), Ano	Página(s)
Postura e Motricidade global	“Habilidades motoras: aquisição de movimentos como andar, correr, pular, controle e destreza manual.” (no primeiro ano de vida)	Souza & Verissimo, 2015	1100
		Souza, 2014	77
	“Most infants can accurately reach for an object by the age of six months, can sit erect by eight months, can crawl by 10 months”	Kagan, 1972	74
	“Most infants can roll over at about three months of age, sit erect between six and eight months, crawl by 10 months”	Kagan, 1972	76-77
	“From his position as a creature living in a horizontal world of bed sheets below and bare ceiling above, the child moves in the first year of his life all the way up to triumphant if wobbly verticality.”	Honig, 1970	11
	“Marcos de zero a doze meses: Mantém a barriga para cima, pernas e braços fletidos e cabeça lateralizada; Levanta a cabeça, abre as mãos, mexe os membros; Segura objetos, muda de posição ativamente (rola), fica sentado sem apoio, faz pinça e anda sem apoio.”	Melo, 2018	103
	“Before 36 weeks a substantial proportion of infants had not yet acquired locomotion, but by 36 weeks all but two had done so, and hence the curve begins there”	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972	134
	“1º mês: (...) colocada de braços levanta a cabeça momentaneamente”	Dantas, 2016	157
	“2º mês: (...) colocada de braços, levanta a cabeça momentaneamente; (...) postura passa da posição lateral para linha média;”	Dantas, 2016	157-158
	“3º mês: (...) colocada de braços, levanta a cabeça momentaneamente; (...) postura passa da posição lateral para linha média;”	Dantas, 2016	158
	“4º mês: (...) postura passa da posição lateral para linha média; (...) rola da posição supina para prona; (...) sustenta a cabeça; levantada pelos braços, ajuda com o corpo”	Dantas, 2016	158
	“5º mês: postura passa da posição lateral para linha média; (...) sustenta a cabeça; levantada pelos braços, ajuda com o corpo; (...) senta-se sem apoio; rola da posição supina para prona;”	Dantas, 2016	158
	“6º mês: (...) sustenta a cabeça; levantada pelos braços, ajuda com o corpo; (...) senta-se sem apoio; rola da posição supina para prona; (...) arrastasse ou engatinha”	Dantas, 2016	158
	“7º mês: rola da posição supina para prona; (...) arrastasse ou engatinha”	Dantas, 2016	158
“8º mês: (...) senta-se sem apoio; rola da posição supina para prona; (...) arrastasse ou engatinha”	Dantas, 2016	158	
“9º mês: (...) senta-se sem apoio; rola da posição supina para prona; (...) arrastasse ou engatinha;”	Dantas, 2016	158	
“10º mês: senta-se sem apoio; rola da posição supina para prona; (...) arrastasse ou engatinha; (...) anda sozinha, raramente cai”	Dantas, 2016	158	

	“11º mês: anda sozinha, raramente cai; (...) arrastasse ou engatinha;”	Dantas, 2016	158
	“1 to 1.5 months: (...) The infant lies in the tonic neck reflex position so that his head is fully turned to the side”	White, <i>et al.</i> , 1964	353
	“1.5 to 2 months: (...) The tonic neck reflex is typically present.”	White, <i>et al.</i> , 1964	354
	“2 to 2.5 months: (...) The tonic neck reflex is still typically present although the head is now only half turned (45º) to the side”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
	“2.5 to 3 months: (...) The tonic neck reflex is often present though less frequently than in earlier periods. The head is often near the midline position, and the limbs are usually symmetrically placed”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
	“4 to 4.5 months: (...) The feet are often elevated, and the body is occasionally rotated to the side.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
	“4 to 4.5 months: (...) Torso orientation to the side presentation is now common.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355-356
	“Swipes at object – median and range of dates of first occurrence (2:5)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357 (Table I – Chronology of responses)
	“Torso oriented towards object – median and range of dates of first occurrence (3:15)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357 (Table I – Chronology of responses)
	“Reactions to unfamiliar objects At all ages the objects presented promoted rather consistent exploratory activities – (...) reaching by 4 months, crawling up to the object at 9 months—but few signs of wariness. The only unequivocal signs occurred at age 9 months, and they were minimal and brief.”	Bronson, 1972	32
	“By 6 months, infants no longer gave broad smiles as they visually tracked the object (...) about half of the time, infants repeatedly reached for and grabbed the object as it came near (...)”	Bronson, 1972	33
	“By 9 months, no babies crawled away or frowned at the object (...) infants crawled up to the object after delays ranging from 3 to 60 seconds and began to interact with it. (...) The only behaviour which was sufficiently frequent to indicate some degree of wariness was a hesitation before touching the object.”	Bronson, 1972	34
Visão e Motricidade Fina	“A two-day-old infant is more attentive to a moving or intermittently flashing light than to a steady light; he looks longer at a solid black figure on a white background than at a low-contrast gray figure.”	Kagan, 1972	74
	“Duration of attention to masklike representations of the human face decreases from two to nine months of age because the child's schema for a face becomes more mature and the masks become less discrepant.”	Kagan, 1972	78

	“Our subjects were infants between 16 and 24 weeks old. The results were quite unambiguous. None of the infants showed any sign of surprise when he touched the real object in front of him. Every infant showed marked surprise when his hand failed to make contact with the perceived virtual object.”	Bower, 1971	31
	“They merely indicate that learning to coordinate vision and touch must take place, if it takes place at all, before the age of 16 weeks.”	Bower, 1971	31
	“(…) an infant less than six weeks old will not show defensive or avoidance behavior when an object approaches him. Other studies, however, have shown that an infant can discriminate changes in the position of objects in space well before the age of six weeks”	Bower, 1971	31
	“These two-week-old infants certainly did not seem to expect a seen object to have tactile consequences. It appeared that we had indeed found a period when vision and touch were not coordinated.”	Bower, 1971	31
	“(…) the results were that seven out of seven infants in their second week of life exhibited defensive behavior when they saw the approaching virtual object. (…) by the second week of life an infant expects a seen object to have tactile consequences”	Bower, 1971	32
	“Newborn infants do not reach for objects in the same way that older infants do. They will, however, reach out and grasp objects if they are supported so that their hands and arms are free to move to the objects in front of them.”	Bower, 1971	32-33
	“It seems that the eight- and 16-week-old infants did not identify an object as being the same object when it was moving and when it was stationary and so they continued to look for the moving object.”	Bower, 1971	34
	“This result seemed to rule out the hypothesis that eight-week-old infants seeing an object go behind a screen know that the object is still there and will reappear. Further studies indicated that infants up to 16 weeks old also were likely to look for the object to reappear in both experimental situations.”	Bower, 1971	35
	“(…) three-month-old infants do not recognize the identity of an object at a standstill and the same object in motion, and vice versa”	Bower, 1971	36
	“(…) infants 12 weeks old do not watch a single object when the object is at first stationary, then moves and stops. They do not follow the moving object from place to place, but rather expect it to disappear and reappear on the predicted place”	Bower, 1971	36
	“(…) infants less than 16 weeks old live in a world articulated in terms of solids that are stably arranged in space according to their location, with a constancy of existence when they occlude one another.” (p. 37)	Bower, 1971	37
	“Infants less than 16 weeks old tracked a moving object until it went behind a screen and anticipated its reappearance; when a different object emerged, they continued to track its motion with no sign of surprise.”	Bower, 1971	37
	“(…) a shift from intensity determined to more complexly determined finger movements occurs between 10 and 25 weeks of age, with the meaning of finger responses changing during this period. The finger movements of the younger infants we tested can be understood as reflex-like responses to intensity of	McGuire & Turkewitz, 1978	370

stimulation and do not require interpretation in terms more complex than extension to weak and flexion to strong stimulation.”		
“(…) infant vision is that variable accommodation does not occur until about 2 months of age”	Haith & Campos, 1977	253
“When do babies see color? (…) a bevy studies indicates at least by 2 to 4 months”	Haith & Campos, 1977	254
“(…) that infant color vision is similar to that of the adult at least by 4 months”	Haith & Campos, 1977	255
“(…) no discrimination between widely varying tones in infants as old as 4 months”	Haith & Campos, 1977	255
“(…) pure-tone discrimination has been demonstrated as early as 1 month”	Haith & Campos, 1977	255
“(…) before approximately 1.5 months the infant processes element of form but is insensitive to visual organization or configuration”	Haith & Campos, 1977	256
“1 month olds principally scan external features of an adult’s face (…) 1.5-2month olds scan the internal features.”	Haith & Campos, 1977	257
“(…) babies as young as 1.5 months show declining visual preference for objects as distance extends beyond 30 cm. Either real solid objects or photographic representations of solid objects are discriminated from flat objects at 2 months of age.”	Haith & Campos, 1977	258
“By 2 months, infants learned a vertical horizontal discrimination (211), and by 6 months they responded to or ignored a new orientation of an object depending on whether they had seen it in varying orientations or not (209).”	Haith & Campos, 1977	258
“(…) babies under 7 weeks scan the external hair-skin and chin-garment borders (high contrast areas) of the real face, whereas older infants principally scan the eye area”	Haith & Campos, 1977	259
“(…) prior to this review period, stimulus novelty had been shown to govern infant attention beyond 2 months of age.”	Haith & Campos, 1977	262
“size and shape constancy (and therefore some degree of identity) was presented in infants by 2 months of age (…) in the first 5 months of life when the infant’s notions of identity seemed very crude”	Haith & Campos, 1977	272
“By 5 months of age (…) both features and trajectory were said to define the identity of an object for infants – infants showed surprise at impossible changes in either of these variables.”	Haith & Campos, 1977	272-273
“This finding confirms the reports by Twitchell (196.5, 1970) that grasping tends to be tactually elicited until after about 5 months of age, when visually controlled hand shaping may begin. The change with age in hand shaping associated with reaching movements from a typically fistled approach at 3 months, to a divergent	Field, 1977	102

“fanlike” approach at 7 months, also confirms previous findings on prehension development in infancy (e.g., McGraw 1941; White, Castle, & Held 1964)”		
“3- and 5-month-old infants tend to reduce the frequency of their reaching movements when presented with solid objects at a distance which is approximately twice their arms' length. This confirms earlier findings (Field 1976) on young infants' ability to adjust their reaching behavior to the distance of objects.”	Field, 1977	102
“(…) the visual guidance of hand extensions becomes increasingly precise over the period from 5 to 9 months in infancy.”	Field, 1977	102
“(…) at least before 8 months of age, the reaching response is simply triggered by a bright, patterned surface, which an infant perceives to be approximately within arm's length.”	Field, 1977	102
“(…) a young baby's flailing hands often hit or scratch his own face, quite as much to his own surprised discomfort as to his mother's. The four- or five-month old endlessly waves a hand back and forth away from and toward his face, discovering slowly and with astonishment all the perspectives entailed, and gradually learning that these separate views are still representative of something unitary—a hand.”	Honig, 1970	11
“Holding a toy or a cube in each hand is a mighty hard thing to do until midway in the first year of life!”	Honig, 1970	13
“Reactions to unfamiliar objects At all ages the objects presented promoted rather consistent exploratory activities — looking at age 3 months.”	Bronson, 1972	32
“Observations at 3 and 4 Months (….) The babies visually tracked the revolving mobile, and at age 4 months, they usually reached for and sometimes grabbed the dangling bracelets. Brief smiles were given to these objects (….)”	Bronson, 1972	32
“Marcos de zero a doze meses: Leva objetos a boca, transfere de uma mão para outra, imita gestos.”	Melo, 2018	105
“It is clear that by 39 weeks of age, babies who are free to do so follow the mother much more often than they cry when she leaves the room. By 48 weeks the average baby followed 58% of the times he was free to follow.”	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972	134
“1º mês: olha para a pessoa que o observa; (….) acompanha objetos em um campo visual;”	Dantas, 2016	157
“2º mês: observa rosto da mãe/observador; (….) fixa e acompanha objetos em um campo visual;”	Dantas, 2016	157
“3º mês: observa rosto da mãe/observador; (….) acompanha objetos em um campo visual;”	Dantas, 2016	158
“4º mês: fixa e acompanha objetos em um campo visual; (….) preensão voluntária das mãos”	Dantas, 2016	158
“5º mês: (….) preensão voluntária das mãos (….) segura e transfere objetos de uma mão para a outra”	Dantas, 2016	158
“6º mês: (….) preensão voluntária das mãos, (….) segura e transfere objetos de uma mão para a outra;”	Dantas, 2016	158
“7º mês: (….) segura e transfere objetos de uma mão para a outra;”	Dantas, 2016	158
“8º mês: (….) segura e transfere objetos de uma mão para a outra;”	Dantas, 2016	158

“9º mês: (...) segura e transfere objetos de uma mão para a outra; (...) pega objetos usando o polegar e o indicador;”	Dantas, 2016	158
“10º mês: (...) segura e transfere objetos de uma mão para a outra; (...) pega objetos usando o polegar e o indicador;”	Dantas, 2016	158
“11º mês: (...) pega objetos usando o polegar e o indicador;”	Dantas, 2016	158
“1 to 1.5 months: (...) The hand towards which the eyes are oriented is often in the center of the visual field, but the eyes neither converge on it nor do they adjust to variations in its position. The infant maintains one direction of gaze for prolonged periods. The infant can be made to track a moving object with his head and eyes over an arc of 180° given the proper stimulus conditions (...) Optimal distance at this age is about 24 inches.”	White, <i>et al.</i> , 1964	353
“1 to 1.5 months: (...) At this age, pursuit consists of a series of jerky fixations of the red circle which bring its image to the foveal area. As the target continues to move across the field, there is a lag in the response of the eye until the image again falls on the peripheral the retina.”	White, <i>et al.</i> , 1964	353-354
“1.5 to 2 months: (...) the infant's eyes occasionally converge on and fixate his own hand (usually the extended hand in the preferred tonic neck reflex posture, Figure 3). The direction of the gaze now shifts occasionally to various parts of the visual surround.”	White, <i>et al.</i> , 1964	354
“1.5 to 2 months: (...) the infant now has the capacity to focus a clear image on the retina when the stimulus is 6 inches above the bridge of the nose.”	White, <i>et al.</i> , 1964	354
“1.5 to 2 months: (...) Attention may be elicited in the foveal region using the previously described technique, and tracking is continuous over wide sectors (up to 90°) of the stimulus path.”	White, <i>et al.</i> , 1964	354
“2 to 2.5 months: (...) the infant may shift his gaze rapidly from one part of his surround to another and he rotates his head with comparative ease and rapidity. (...) The hand in view in the tonic neck reflex posture is now the object of his attention much of the time that he is awake and alert.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
“2 to 2.5 months: (...) His eyes now occasionally converge on objects as near as 5 inches from his eyes and central pursuit is usually present”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
“2 to 2.5 months: (...) fixates the object, (...) and he makes a swift accurate swipe with the near hand”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
“2.5 to 3 months: (...) Sustained hand regard continues to be very common.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
“2.5 to 3 months: (...) Sustained convergence upon objects as near as 3 inches from the eyes can now be elicited.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
“2.5 to 3 months: (...) All presentations of the test object result in immediate fixation and an abrupt decrease in activity.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355

“2.5 to 3 months: (...) Side presentations elicit (...) the infant raises the near hand to within an inch or so of the object (unilateral hand raising) and glances repeatedly from object to hand and back (alternating glances).”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
“3 to 3.5 months: (...) the head is mostly at the midline position. Sustained hand regard is very common”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
“3 to 3.5 months: (...) bilateral arm activity is more frequent than in previous months, with hands clasped together over the midline often present. Occasionally, the directed towards the hands as they approach each other or during mutual tactual exploration.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355-356
“3 to 3.5 months: (...) The typical response to a side presentation is one hands raised with alternating glances from the stimulus to the hand the object. The middle presentation is more likely to elicit bilateral such as hands over the midline and clasped (Figure 4), or both hands (Figure 5), or one hand up and the other to the midline where it the clothing. Here too, alternation of glance from hand to object is common.”	White, <i>et al.</i> , 1964	356
“3.5 to 4 months: (...) Hands clasped over the midline is common, and visual monitoring of their approach and subsequent interplay is usually present.”	White, <i>et al.</i> , 1964	356
“3.5 to 4 months: (...) Hands to the midline and clasped is a favored response at this time even to a side presentation. It is now sometimes combined with a turning of the torso towards the test object (torso orienting).”	White, <i>et al.</i> , 1964	356
“4 to 4.5 months: (...) Bilateral responses such as hands to midline, both hands up, or one hand up and the other to the midline are now the most common responses to all presentations. These responses are usually accompanied by several alternating glances from the stimulus to one or both hands and back to the stimulus.”	White, <i>et al.</i> , 1964	356-357
“4 to 4.5 months: (...) At times, the clasped hands are raised and oriented towards the stimulus (Figure 6). Occasionally, one hand will be raised, looked at, and brought slowly to the stimulus while the glance shifts from hand to object repeatedly. When the hand encounters the object it is fumbled at and crudely grasped.”	White, <i>et al.</i> , 1964	356-357
“4.5 to 5 months: (...) a rapid lifting of one hand from out of the visual field to the object. As the hand approaches the object, it opens in anticipation of contact.”	White, <i>et al.</i> , 1964	356-357
“4.5 to 5 months: (...) Hands to the midline with alternating glances” (p. 357)	White, <i>et al.</i> , 1964	357
“(…) our subjects first object-oriented arm movements at about 2 months of age.”	White, <i>et al.</i> , 1964	358
“From 3 to 4 months of age unilateral arm approaches decrease in favor of bilateral patterns, with hands to the midline and clasped the most common response. Unilateral responses reappear at about 4 months, but the hand is no longer fistled and is not typically brought directly to the object”	White, <i>et al.</i> , 1964	358
“Finally, just prior to 5 months of age, infants begin to reach for and successfully grasp the test object in one quick, direct motion of the hand from out of the visual.”	White, <i>et al.</i> , 1964	358

	“Unilateral hand raising – median and range of dates of first occurrence (2:17)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357 (Table I – Chronology of responses)
	“Both hands raised – median and range of dates of first occurrence (2:21)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357 (Table I – Chronology of responses)
	“Alternating glances (hand and object) – median and range of dates of first occurrence (2:27)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357 (Table I – Chronology of responses)
	“Hands to midline and clasp – median and range of dates of first occurrence (3:3)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357 (Table I – Chronology of responses)
	“One hand raised with alternating glances, other hand to midline clutching dress – median and range of dates of first occurrence (3:8)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357 (Table I – Chronology of responses)
	“Hands to midline and clasp and oriented towards object – median and range of dates of first occurrence (4:3)”	White, <i>et al.</i> , 1964	357 (Table I – Chronology of responses)
	“(…) infants are capable of discriminating between two female faces, on some bass, within the first 7 weeks of life.”	Carpenter, 1973	3
	“Moving stimuli evoked more looking than stationary stimuli” (infants between 2-7weeks of age)	Carpenter, 1974	186
	“Moving stimuli received longer first fixations than stationary stimuli” (infants between 2-7weeks of age)	Carpenter, 1974	189
	“(…) at least by two weeks of age stimulus movement in the horizontal plane is perceptible (…)”	Carpenter, 1974	190

	“A second puzzling finding is that the familiar live face drew least attention. This was true for fourteen of the eighteen infants. Even the first fixation was shortest for mother. The possibility that the face with least reflectance would evoke least interest has now been eliminated.”	Carpenter, 1974	191
	“The results indicate three independent, additive effects contributing to visual response of two- to seven-week-old female infants: (a) greater attention to horizontally moving, over stationary faces; (b) differential attention among the particular stimulus faces used, with least attention to mother; and (c) increasing attention from two to seven weeks of age.”	Carpenter, 1974	192-193
	“Anticipatory hand shaping under visual control occurred at all ages” (7 weeks to 6 month-old)	Bower, <i>et al.</i> , 1970	52
	“At every age, a seen object was reached for by every infant. Not until 3 months did the presence of an object in the hand elicit looking.”	Bower, <i>et al.</i> , 1970	52
	“The pattern of grasping changed markedly with age. Infants up to and including 4 months of age grasped at the object repeatedly in a stereotyped fashion, invariably closing their fingers on the object.”	Bower, <i>et al.</i> , 1970	52
	“The 5-month group and the 6-month group, by contrast, did not close their hands on the object but stopped the grasp with hands open. After this, a variety of exploratory behaviors occurred which included rubbing the hands together, patting at the object with open hand, pinching at its locus, poking at it, and others, all of which looked like exploratory tactile behaviors.”	Bower, <i>et al.</i> , 1970	52
	“The infants displayed the exploratory hand and finger pattern typical of the 5- to 6-month-old group.”	Bower, <i>et al.</i> , 1970	52-53
	“(…) the visual system is capable of more refined control of the prehensile system at an early age than is the tactual system.”	Bower, <i>et al.</i> , 1970	53
	“The 5-month-old did not completely close their hands on the virtual object. This would seem to indicate that tactual feedback was beginning to control the last stages of the grasp response in such a way that its absence could stop the ongoing response. Prior to this point in development, the grasp would complete itself in the absence of tactual feedback.”	Bower, <i>et al.</i> , 1970	53
	“If the prehensile system is controlled as in Fig. 3, the change observed at 5 months could be accounted for by assuming that the tactual system simply becomes more rapid in its operation, perhaps as the result of simple maturation.”	Bower, <i>et al.</i> , 1970	53
Audição e Linguagem	“Habilidades de linguagem: Capacidade de utilizar a linguagem para comunicação” (no primeiro ano de vida)	Souza & Verissimo, 2015	1100
		Souza, 2014	77
	“(…) if an unexpected sound, say 70 decibels of "white" noise, reaches maximum intensity within a few milliseconds, a newborn infant closes his eyes, starts and shows an increase in heart rate, all of which are signs	Kagan, 1972	74

of a defensive response. If the same sound reaches its maximum intensity in two seconds, the infant then opens his eyes, looks around and is likely to show a decrease in heart rate, all of which are signs of interest.”		
“The infant becomes consistently reactive to discrepancy between two and three months, and the emergence of this competence is accompanied by a cluster of a biological phenomena (...)”	Kagan, 1972	82
“(...) when infants as young as six months are presented with a word (e.g., “blicket”) while viewing a set of variably shaped objects of the same category (e.g., dinosaurs), they show a novelty preference for a new object from a different category (e.g., fish). This effect suggests that infants are able to use the presence of the word to form a category and, compellingly, is not observed when tones are used instead of words”	Hoemann, <i>et al.</i> , 2019	1835
(...) 4-month-olds who were first presented sound-object combinations were later surprised when one or the other elements occurred alone.”	Haith & Campos, 1977	259
“One- to 5-month-olds respond more dramatically to the cross-boundary shift, indicating that in some respects babies respond to these sounds like adults.”	Haith & Campos, 1977	261
“Many a busy mother has been unable to tell us whether the baby is predominantly vocalizing with open vowel sounds or has begun the “nn, gggg, dlths” or, later, the “gagas, da-das” etc., which are the prelude during the first eight months to later babblings.”	Honig, 1970	12
“Marcos de zero a doze meses: Emite sons, localiza vozes, duplica sílabas, produz “jargão”.	Melo, 2018	104-105
“4 a 8 meses incompletos: 7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades”	Tocchio, 2013	27
	Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“8 a 12 meses incompletos: 17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular”	Tocchio, 2013	28
	Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“The results clearly indicate that infants 4-17 weeks of age can readily detect small differences in certain speechlike sounds, specifically the difference between synthesized and natural speech samples of b and p as well as natural samples of d and t.”	Trehub & Rabinovitch, 1972	76
“(...) infants in the age range of 4-24 weeks are, in fact, perceiving these sounds as phonemes, that is, investing them with differences in meaning”	Trehub & Rabinovitch, 1972	76
“at both 6- and 12-months of age, words served as a more powerful impetus than tones in the establishment of object categories. (...) At both 6- and 12-months of age, words, but not tones, support the establishment of object categories”	Fulkerson & Waxman, 2006	224
“A subsequent analysis of individual infants’ performance provides additional evidence that by 6 months, novel words have conceptual consequences that are not observed with tone sequences.”	Fulkerson & Waxman, 2006	224

	“(…) by the time infants begin to produce their first words, they are sensitive to a link between words and the concepts to which they refer (….) infants are sensitive to this link as early as 6 months and suggest that this sensitivity is tied specifically to words, rather than to general attention-engaging properties associated with sound.”	Fulkerson & Waxman, 2006	224
	"Antes de poderem utilizar a linguagem, os bebês comunicam as suas necessidades e sentimentos através de sons que evoluem do choro para balbúcios, depois para imitação acidental e depois imitação deliberada.” (referente a crianças entre 0-12 meses)	Souza, 2014	70
	“2º mês: (...) emite sons-balbucia”	Dantas, 2016	158
	“3º mês: (...) emite sons-balbucia;”	Dantas, 2016	158
	“4º mês: (...) emite sons-balbucia;”	Dantas, 2016	158
	“5º mês: (...) emite sons-balbucia; (...) vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro;”	Dantas, 2016	158
	“6º mês: (...) vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro;”	Dantas, 2016	158
	“8º mês: vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro;”	Dantas, 2016	158
	“9º mês: vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro; (...) emprega pelo menos uma palavra com sentido;”	Dantas, 2016	158
	“10º mês: (...) emprega pelo menos uma palavra com sentido;”	Dantas, 2016	158
	“11º mês: (...) emprega pelo menos uma palavra com sentido;”	Dantas, 2016	158-159
Comportamento e Adaptação social	“Habilidades psicossocial: capacidade de interação social.” (no primeiro ano de vida)	Souza & Verissimo, 2015	1100
		Souza, 2014	77
	“Nine months seems to be a frontier that announces the child’s ability to generate simple hypotheses”	Kagan, 1972	82
	“New experiments suggest that their cognitive, or hypothesis-forming, development begins at the age of nine months”	Kagan, 1972	74
	“(…) an infant more than 30 days old is trying to build a representation of the event.”	Kagan, 1972	74
	“As early as the second month infants being forming a “schemata” or mental representations, of events and objects. For the next six months they pay attention to events and objects that differ moderately from these schemata. They pay less attention to familiar or totally novel events. At about eight or nine months appear the first signs of active mental work, in which the infant tries to generate hypotheses to explain novel events”	Kagan, 1972	77
	“Observations in varied cultural settings suggest that between eight and 15 months children are likely to show fear when they are separated from their primary caretaker.”	Kagan, 1972	78
“In infants younger than nine months the departure of the mother (colored curve) or the father (gray) or the stranger (black) resulted in a relatively small change in playing and crying. In older infants the departure of	Kagan, 1972	79	

mother or father resulted in a large decrease in play and a large increase in crying; departure of the stranger resulted in less crying.”		
“We know that four- and five-month-old infants will cry and show signs of distress to discrepant events they cannot assimilate”	Kagan, 1972	80
“In every case when the stranger entered the room, the infant looked more often at the stranger than at either of his parents, indicating that even the youngest child could discriminate the stranger from the parents (...)”	Kagan, 1972	80
“(…) infants under two weeks old are never fully awake while they are lying on their back”	Bower, 1971	32
“Defensive response and marked distress to an approaching object was exhibited by upright two week old infants”	Bower, 1971	32
“In the multiple-mother presentation infants less than 20 weeks old happily responded with smiles, coos and arm waving to each mother in turn”	Bower, 1971	38
“Infants more than 20 weeks old also ignored the strangers and interacted with their mothers.”	Bower, 1971	38
“Infants less than 20 weeks old waved their arms, smiled and called to each of the mother images in turn.”	Bower, 1971	38
“It is commonly assumed that infants have emotion concepts by about six months of age, as evidenced by their ability to discriminate between posed facial configurations that are stereotypes of facial expressions for anger, sadness, fear, and happiness categories.”	Hoemann, <i>et al.</i> , 2019	1833
“Research shows that by three to four months of age, infants possess rudimentary concepts for pleasantness and unpleasantness (Flom & Bahrick, 2007). These affect concepts begin with multi Modal perceptual features: infants at this age do not distinguish positive from negative in faces that are presented without additional information, such as accompanying vocalizations (Walker-Andrews, 1997), and do not clearly distinguish different modalities of information until four to six months of age (Walker-Andrews & Lennon, 1991).”	Hoemann, <i>et al.</i> , 2019	1833
“(…) infants do not show evidence of affect concepts until five to seven months of age, when they consistently distinguish pleasant, smiling faces (posing the stereotypic expression of happiness) from those posing unpleasantness (scowls, pouts, etc.), but still do not differentiate stereotyped expressions for negative emotion categories (e.g., Leppänen & Nelson, 2009).”	Hoemann, <i>et al.</i> , 2019	1833
Although 5- and 7-month-olds have been shown to discriminate between frowning faces (depicting sadness) and scowling faces (depicting anger; Soken & Pick, 1999) or gasping faces (depicting fear; Schwartz, Izard, & Ansul, 1985), these faces can be distinguished by their differing arousal features (low vs. high). That is, by this age, infants have unimodal concepts for the perceptual features associated with valence and arousal, but not necessarily for emotion categories (i.e., anger, sadness, and fear; Barrett et al., in press).”	Hoemann, <i>et al.</i> , 2019	1833
“(…) infants as old as seven months rely on physical differences rather than emotional meaning to distinguish between smiling and scowling faces.”	Hoemann, <i>et al.</i> , 2019	1839
“Intriguing changes in form responsiveness have been reported around 2 months of age”	Haith & Campos, 1977	257

“(…) maximal attention should occur to a stimulus with an intermediate, optimal level of discrepancy, at least after 6 to 8 week of age.”	Haith & Campos, 1977	263																														
“(…) ten-month-olds left smiled more at a novel adult than to a familiarized one”	Haith & Campos, 1977	263																														
“(…) apparent progression with age in infant reactions to mirrors, from treating the mirror images as a “sociable playmate” or an interesting spectacle at 3 to 8 months of age”	Haith & Campos, 1977	273																														
“the emphasis has been on the onset of negative reactions to strangers in the second half-year of life. Positive reactions to strangers at this age were taken to indicate abnormal or delayed attachment, such as can occur with institutionalized infants.”	Haith & Campos, 1977	274																														
“The sight of a stranger was reported to be punishing for bar pressing at 9 months, but not at 6 months, whereas the sight of the mother was positively reinforcing at both ages.”	Haith & Campos, 1977	275																														
“(…) by 4 months of age, when, on the basis of previous reports, he had expect infants to be able to discriminate mother from stranger”	Haith & Campos, 1977	276																														
“At its onset at 4 months, vigorous physical stimulation most readily elicits a laugh; subsequently, it occurs to more subtle and more cognitive stimulation”	Haith & Campos, 1977	277																														
“infants 4 to 10 months of age were shown the facial and vocal expressions of angry, sad, happy, and neutral feeling states acted by an adult and discriminates the negative states first, reacting to the anger and sadness by 6 months”	Haith & Campos, 1977	280																														
“4-month-olds could discriminate happy from surprised facial expressions”	Haith & Campos, 1977	280																														
“between ages 3 and 9 months, since it is within this period that infants first begin to distinguish clearly between familiar and unfamiliar configurations.”	Bronson, 1972	2																														
<p style="text-align: center;">CODING CATEGORIES FOR DESCRIBING INFANT REACTIONS</p> <p style="text-align: center;">A. CRITERIA FOR THE AFFECT SCALE RATINGS OF DOMINANT EMOTIONAL TONE</p> <hr/> <p style="text-align: center;">CRITERION BEHAVIORS FOR EACH AGE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">SCALE POINT</th> <th style="text-align: center;">CATEGORY DESCRIPTION</th> <th style="text-align: center;">3 and 4 Months</th> <th style="text-align: center;">6½ Months</th> <th style="text-align: center;">9 Months</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">Smiled with delight</td> <td style="text-align: center;">Wiggled or vocalized as smiled</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Repeated broad smiles, or smiles with pleasure vocalizations</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">Smiled</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Smiled more than once, but not broadly</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">Neutral</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Predominantly blank expression and no vocalization</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">Uneasy</td> <td style="text-align: center;">Severe frown or puckering of chin</td> <td style="text-align: center;">Frowned, or vocalized unhappily (or, on pickup, turned body away)</td> <td style="text-align: center;">Frowned, vocalized unhappily, or crawled to mother (or, on pickup, squirmed or turned body away)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">Cried</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Cried or whimpered</td> </tr> </tbody> </table>	SCALE POINT	CATEGORY DESCRIPTION	3 and 4 Months	6½ Months	9 Months	1	Smiled with delight	Wiggled or vocalized as smiled	Repeated broad smiles, or smiles with pleasure vocalizations		2	Smiled	Smiled more than once, but not broadly			3	Neutral	Predominantly blank expression and no vocalization			4	Uneasy	Severe frown or puckering of chin	Frowned, or vocalized unhappily (or, on pickup, turned body away)	Frowned, vocalized unhappily, or crawled to mother (or, on pickup, squirmed or turned body away)	5	Cried	Cried or whimpered			Bronson, 1972	7
SCALE POINT	CATEGORY DESCRIPTION	3 and 4 Months	6½ Months	9 Months																												
1	Smiled with delight	Wiggled or vocalized as smiled	Repeated broad smiles, or smiles with pleasure vocalizations																													
2	Smiled	Smiled more than once, but not broadly																														
3	Neutral	Predominantly blank expression and no vocalization																														
4	Uneasy	Severe frown or puckering of chin	Frowned, or vocalized unhappily (or, on pickup, turned body away)	Frowned, vocalized unhappily, or crawled to mother (or, on pickup, squirmed or turned body away)																												
5	Cried	Cried or whimpered																														
“3- or 4-month old infants cried whenever put down by the mother;”	Bronson, 1972	9																														

“(…) then infants at 9 months were no more wary when picked up than they were at age 6.5 months”	Bronson, 1972	12
“In the 6.5- and 9-month assessments mothers were in view throughout most of the testing session, and in about half of the stranger episodes infants occasionally looked to mother with either neutral or troubled expressions.”	Bronson, 1972	13
“(…) mothers ability to reduce the wariness in a stranger’s presence seemed to follow a developmental pattern: at 4 months there was no indication that mother could lessen wariness by (loosely) holding her infant; by 6.5 months being held decreased wariness, but mother’s departure from the visual field made no apparent difference; by 9 months, holding by mother continued to be effective, her visual presence had apparently begun to provide some degree of security and infants often sought her proximity when the stranger approached.”	Bronson, 1972	13-14
“The juxtaposition of a number of behavioral characteristics observed in the 3- and 4-month assessments indicates that this was indeed the case. The tentative nature of the perceptual discriminations achieved at this age is indicated by instances in which an infant's response changed markedly within a single stranger episode (coded on "item a: changing reaction"). In three-fourths of the coded observations the smile preceded signs of wariness: typically, after greeting the stranger with a passing smile the infant would stare intently for some 15-30 seconds, then begin to frown, breathe heavily, and finally start to cry. The pattern was found only at the younger ages—an incidence of 9% at 3 months and of 4% at 4 months. Presumably the smile was evoked when the stranger's characteristics were assimilated into an existing schema of the human face, only to disappear as, with continued inspection, a dim perception of incongruence emerged.	Bronson, 1972	14
“Only at 3 and 4 months did infants engage in protracted examinations, during which the infant's expression was rated as "neutral" (…)”	Bronson, 1972	15
“At ages 3 and 4 months the brief inspections were almost invariably terminated by a smile, whereas at the two older ages brief inspections most typically ended by turning away from the stranger—a pattern that is examined in the following section.”	Bronson, 1972	15
“(…) there is evidence that at 3 and 4 months an infant could mobilize an aversive reaction only after an extended analysis of the perceptual input.”	Bronson, 1972	15
“(…) at every age, that if an infant was going to smile the probability strongly favored an initial occurrence within the first 10 seconds.”	Bronson, 1972	15
“(…) at ages 3 and 4 months the infants stared almost continually at the stranger before beginning to cry, (…). At 6.5 months, (…) the uneasy infants actively avoided looking at the stranger (see below), once the delays when older were largely due to the infants' exercise of a defensive maneuver.”	Bronson, 1972	15-16
“at 3 months there were relatively few instances in which nonsmiling babies turned away from the stranger and essentially no evidence of a capacity to resist orienting on verbal command; by 4 months turning away	Bronson, 1972	18-19

had become fairly frequent, but the infants still could not resist looking briefly toward the verbally insistent stranger; by 6.5 and 9 months, however, babies not only frequently turned away but often strongly resisted giving even a brief glance at the stranger.”		
“at 9 months it was seen also in the form of smiling while simultaneously beginning to crawl to mother.”	Bronson, 1972	19
“By 6 months, infants no longer gave broad smiles as they visually tracked the object (...) about half of the time, infants repeatedly reached for and grabbed the object as it came near (...)”	Bronson, 1972	33
“By 9 months, no babies crawled away or frowned at the object (...) infants crawled up to the object after delays ranging from 3 to 60 seconds and began to interact with it. (...) The only behaviour which was sufficiently frequent to indicate some degree of wariness was a hesitation before touching the object.”	Bronson, 1972	34
“(...) the onset of wariness will be paced by the ability to distinguish a stranger perceptually, and in the present study signs of wariness first began to appear, appropriately, during or shortly after the fourth month of life; (...) as infants become more certain in their discrimination of strangers the incidence of wariness should increase, a change that was noted between the 4- and 6.5-month observations.”	Bronson, 1972	37
“(...) by the third month of life infants begin to take great delight in events that are contingent upon their own acts—indeed, this may be central among the mechanisms that promote the development of social smiling”	Bronson, 1972	38
“It is generally agreed that the earliest social responses are not reserved for specific persons: having only limited powers of perceptual discrimination 2- to 3-month-old infants will smile happily at all who approach. (...) at ages 3 and 4 months the stranger was usually greeted with immediate and repeated smiles.”	Bronson, 1972	40
“At age 4 months there were a few infants who rather consistently cried at the stranger's hovering face. (...) at 6.5 months it seemed unlikely that any infants were unaware of the stranger's identity, and about half of the sample consistently appeared in some degree upset by his presence.”	Bronson, 1972	40
“in the second and third months of life infants begin to extend affiliative responses to other human beings, and soon come to anticipate an appropriate response in return; such reactions, presumably, are rooted in the developing attachment to familiar caretakers”	Bronson, 1972	41
“Marcos de zero a doze meses: Observa um rosto, reage ao som, sorriso social quando estimulada, resposta ativa ao contato social, brinca de esconde-achou.”	Melo, 2018	104
“0 a 4 meses incompletos: 3. A criança reage ao manhês.”	Tocchio, 2013	27
	Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“0 a 4 meses incompletos: 5. Há troca de olhares entre a criança e a mãe.”	Tocchio, 2013	27
	Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“4 a 8 meses incompletos: 6. A criança começa a diferenciar a noite do dia.”	Tocchio, 2013	27

		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“4 a 8 meses incompletos: 8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar a sua resposta.”		Tocchio, 2013	27
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“4 a 8 meses incompletos: 10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.”		Tocchio, 2013	27
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“4 a 8 meses incompletos: 11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.”		Tocchio, 2013	27
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“4 a 8 meses incompletos: 13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.”		Tocchio, 2013	27
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“8 a 12 meses incompletos: 15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.”		Tocchio, 2013	28
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“8 a 12 meses incompletos: 16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.”		Tocchio, 2013	28
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“8 a 12 meses incompletos: 18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.”		Tocchio, 2013	28
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“8 a 12 meses incompletos: 19. A criança possui objetos prediletos.”		Tocchio, 2013	28
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“8 a 12 meses incompletos: 20. A criança faz gracinhas.”		Tocchio, 2013	28
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“8 a 12 meses incompletos: 21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.”		Tocchio, 2013	28
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“8 a 12 meses incompletos: 22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.”		Tocchio, 2013	28
		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	54
“(…) as primeiras reações involuntárias que o bebê apresenta ao nascer, tais como o choro, e que serão reconhecidas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela.”		Kupfer, <i>et al.</i> , 2009	53

	“The findings suggest that during the first quarter of the first year there is little tendency for infants whose mothers are unresponsive to them to cry more—or less—than infants whose mothers are responsive.”	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972	130
	“These findings suggest that stable, interlocking patterns of maternal and infant behavior tend to become established by the second quarter of the first year.”	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972	130
	“(…) the decrement in separation crying which takes place in the period between 36 and 42 weeks of age reflects the infant's pleasure in exercising his newly acquired ability to crawl—a pleasure that may temporarily distract him from his concern about his mother's whereabouts.”	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972	133
	“Although it was judged that all infants in this sample showed clear signs that they had become attached to their mothers by the end of the first year of life, it is evident that they differed conspicuously in the ways in which they manifested this attachment.”	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972	141
	“Os recém-nascidos demonstram quando estão infelizes por gritos e sacudindo as pernas (...). No decorrer do tempo, os bebês respondem mais às pessoas com sorrisos, estendendo os braços e indo até elas.” (referente a crianças entre 0-12 meses)	Souza, 2014	69
	“O desenvolvimento social inicia com a inserção do bebê na família. (...) O apego é uma ligação recíproca e duradora entre o bebê e o cuidador, e se desenvolve no primeiro ano de vida.”	Souza, 2014	70
	“O desenvolvimento emocional inclui o choro, o sorriso, a tristeza, a alegria, o medo, a raiva.” (referente a crianças entre 0-12 meses)	Souza, 2014	70
	“1º mês: (...) dá mostras de prazer e desconforto;”	Dantas, 2016	157
	“2º mês: (...) dá mostras de prazer e desconforto; (...) arrulha e sorri espontaneamente; começa a diferenciar dia/noite;”	Dantas, 2016	157-158
	“3º mês: (...) dá mostras de prazer e desconforto; (...) arrulha e sorri espontaneamente; começa a diferenciar dia/noite; (...) conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva”	Dantas, 2016	158
	“4º mês: (...) arrulha e sorri espontaneamente; começa a diferenciar dia/noite; (...) conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva; (...) ri-emitindo sons (...)”	Dantas, 2016	158
	“5º mês: (...) conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva; (...) ri-emitindo sons; (...) reconhece quando se dirigem a ela;”	Dantas, 2016	158
	“6º mês: conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva; (...) ri-emitindo sons (...) reconhece quando se dirigem a ela; (...) responde diferentemente a pessoas, familiares ou estranhos; imita pequenos gestos ou brincadeiras;”	Dantas, 2016	158
	“7º mês: (...) responde diferentemente a pessoas, familiares ou estranhos; imita pequenos gestos ou brincadeiras;”	Dantas, 2016	158
	“8º mês: (...) reconhece quando se dirigem a ela; (...) responde diferentemente a pessoas, familiares ou estranhos; imita pequenos gestos ou brincadeiras;”	Dantas, 2016	158

“9º mês: (...) reconhece quando se dirigem a ela; (...) responde diferentemente a pessoas, familiares ou estranhos; imita pequenos gestos ou brincadeiras; (...) faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc)”	Dantas, 2016	158
“10º mês: (...) responde diferentemente a pessoas, familiares ou estranhos; imita pequenos gestos ou brincadeiras; (...) faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc);”	Dantas, 2016	158
“11º mês: (...) responde diferentemente a pessoas, familiares ou estranhos; imita pequenos gestos ou brincadeiras; (...) faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc)”	Dantas, 2016	158-159
“1.5 to 2 months: (...) the infant becomes more or less active depends on his initial level of behavior. If an infant is alert and inactive, he usually becomes active; whereas if he is active, he becomes less so as he directs his gaze at the stimulus. The latter phenomenon is more common.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
“2 to 2.5 months: (...) the infant exhibits immediate and prolonged interest in the stimulus, (...) his activity level shifts”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
“2.5 to 3 months: (...) The infant is more active than at earlier ages.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355
“4 to 4.5 months: (...) The infant is much more active.”	White, <i>et al.</i> , 1964	355-356
(...) mother's face with a voice received more direct looking than mother's face without voice. Likewise, stranger's face with a voice received more attention than stranger's face without voice.”	Carpenter, 1973	2-3
“Mother-stranger differentiation is thus found at an earlier age than has been reported previously. The most frequently reported evidence for stranger discrimination has been in terms of negative response to stranger, e.g., absence or increased latency of smiling; crying; turning away; etc. These responses have been found in infants of 3 to 4 months of age, and to an extent described as fear by 6 to 8 months of age”	Carpenter, 1973	3
“(...) looking at stranger suggests negative response to the unfamiliar face. Similarly, the lesser attention to the stationary, silent face, within both face conditions, is consistent with ocular withdrawal from a very unusual set-of circumstances. The greater amount of turning right away from the stimulus in the "mis-matched" face-voice conditions suggests an avoidance response to incongruity.”	Carpenter, 1973	4
“At every age up to 5 months, the virtual object produced frustration and tears. The number of attempts to grasp the object before frustration set in increased with age.”	Bower, <i>et al.</i> , 1970	52

APÊNCICE VIII – Autores que apresentam indicadores iguais/semelhantes aos de Mary Sheridan (*scoping review*)

Tabela 6 – Autores que apresentam indicadores iguais/semelhantes aos de Mary Sheridan.

Domínio	Idade	Indicadores	Autor(es), Ano (página(s))
Postura e Motricidade Global	4-6 semanas	“Em decúbito ventral – levanta a cabeça.”	Melo, 2018 (p. 103); Dantas, 2016 (pp. 157, 158)
		“Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão.”	White, <i>et al.</i> , 1964 (p. 353);
		“Em tração pelas mãos – a cabeça cai.”	-
		“Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas.”	-
		“Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-fletidos.”	-
	3 meses	“Em decúbito ventral – apoio nos antebraços.”	-
		“Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados.”	Dantas, 2016 (p. 158); White, <i>et al.</i> , 1964 (pp. 355)
		“Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita.”	Dantas, 2016 (p. 158)
		“De pé – flete os joelhos, não faz apoio. “	-
	6 meses	“Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos.”	-
		“Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos.”	-
		“Em tração pelas mãos – faz força para se sentar.”	-
		“Mantém-se sentado(a) sem apoio.”	Kagan, 1972 (p. 76-77); Dantas, 2016 (p. 158)
		“De pé faz apoio.”	-
	9 meses	“Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos. “	Kagan, 1972 (p. 74); Melo, 2018 (p. 103);
		“Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se”	-

Visão e Motricidade Fina	4-6 semanas	“Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média).”	Dantas, 2016 (p. 157); White, <i>et al</i> , 1964 (p. 353), Carpenter, 1974 (p. 190, 192-193); Bower, 1971 (p. 31)
	3 meses	“Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas. “	Field, 1977 (p. 102); Honig, 1970 (p. 11); White, <i>et al</i> , 1964 (pp. 353, 354, 356); Bower, <i>et al.</i> , 1970 (p. 52)
		“Segura brevemente a roca e move-a em direção à face.”	-
		“Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal.”	Bronson, 1972 (p. 32), White, <i>et al</i> , 1964 (p. 354); Carpenter, 1974 (p. 190)
		“Apresenta convergência ocular.”	White, <i>et al</i> , 1964 (pp. 354, 355)
		“Faz pestanejo de defesa.”	Bower, 1971 (pp. 31, 32);
	6 meses	“Tem preensão palmar”	Melo, 2018 (p. 103); Dantas, 2016 (p. 157); Bower, <i>et al.</i> , 1970 (p. 52, 53); White, <i>et al.</i> , 1964 (p. 358); Bronson, 1972 (p. 33)
		“Leva os objetos à boca.”	Melo, 2018 (p. 105);
		“Transfere objetos. “	Melo, 2018 (p. 105); Dantas, 2016 (p. 157)
		“Esquece imediatamente o objeto quando este cai. “	-
		“Apresenta boa convergência (estrabismo anormal). “	-
	9 meses	“Tem preensão e manipulação.”	Field, 1977 (p. 102); Honig, 1970 (p. 13); Melo, 2018 (p. 105); Dantas, 2016 (p. 157)
		“Leva tudo à boca.”	Melo, 2018 (p. 105)
		“Aponta com o indicador.”	-
		“Faz pinça.”	Melo, 2018 (p. 103); Dantas, 2016 (p. 157)
		“Atira os objetos ao chão deliberadamente.”	-
		“Procura o objeto que caiu ao chão.”	-

Audição e Linguagem	4-6 semanas	“Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. “	Kagan, 1972 (p. 74);	
	3 meses	“Atende e volta-se geralmente aos sons.”	Kagan, 1972 (p. 82); Melo, 2018 (p. 104); Dantas, 2016 (p. 158)	
	6 meses	“Segue os sons a 45 cm do ouvido.”	-	
		“Vocaliza sons monossílabos e dissílabos.”	Honig, 1970 (p. 12); Melo, 2018 (pp. 104-105); Fulkerson & Waxman, 2006 (p. 224); Souza, 2014 (p. 70); Dantas, 2016 (p. 158)	
		“Dá gargalhadas.”	-	
	9 meses	“Tem atenção rápida para os sons perto e longe.”	-	
		“Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido.	Melo, 2018 (pp. 104-105)	
		“Repete várias sílabas ou sons do adulto.”	Souza & Veríssimo, 2015 (p. 1100); Souza, 2014 (p. 77); Melo, 2018 (pp. 104-105); Dantas, 2016 (p. 158)	
	Comportamento e Adaptação Social	4-6 semanas	“Fixa a face da mãe quando o alimenta.”	-
			“Tem sorriso presente às 6 semanas.”	Dantas, 2016 (p. 157-158)
“Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.”			Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972 (p. 133); Bronson, 1972 (p. 9); Kupfer, <i>et al.</i> , 2009 (p. 53); Souza, 2014 (p. 69, 70); Dantas, 2016 (p. 157); Haith & Campos, 1977 (p. 257)	
3 meses		“Sorri.”	Bower, 1971 (p. 38); Haith & Campos, 1977 (pp. 277); Bronson, 1972 (pp. 7, 15, 19, 38, 40); Melo, 2018 (p. 104); Souza, 2014 (p. 70); Dantas, 2016 (p. 158)	
		“Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar.”	Souza & Veríssimo, 2015 (p. 1100); Souza, 2014 (p.	

			77); Bower, 1971 (p. 38); Bronson, 1972 (p. 13-14, 41); Melo, 2018 (p. 104); Tocchio, 2013 (p. 27); Kupfer, <i>et al.</i> , 2009 (p. 54); Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972 (p. 130); Souza, 2014 (p.69); Dantas, 2016 (p. 158)
	6 meses	“É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a). “	Kagan, 1972 (p. 77); Haith & Campos, 1977 (p. 263); Dantas, 2016 (p. 158); White, <i>et al.</i> , 1964 (pp. 355-356)
	9 meses	“Leva uma bolacha à boca.”	-
		“Mastiga.”	Tocchio, 2013 (p. 27); Kupfer, <i>et al.</i> , 2009 (p. 54)
		“Distingue os familiares dos estranhos.”	Kagan, 1972 (pp. 78, 79, 80); Haith & Campos, 1977 (pp. 273, 276); Bronson, 1972 (pp. 2, 13, 15-16, 18-19, 37, 40); Tocchio, 2013 (p. 27); Kupfer, <i>et al.</i> , 2009 (p. 54); Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972 (p. 141); Dantas, 2016 (p. 158), Carpenter, 1973 (pp. 3, 4)

**APÊNCICE IX – Novos indicadores que surgem do trabalho dos autores dos estudos
incluídos (*scoping review*)**

Tabela 7 – Novos indicadores que surgem do trabalho dos autores dos estudos incluídos na *scoping review*.

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

Audição e Linguagem	Comportamento defensivo ao estímulo sonoro súbito	Kagan, 1972
	Correlação palavra-objeto	Hoemann, et al., 2019; Fulkerson & Waxman, 2006
	Expectativas a estímulos sonoros	Haith & Campos, 1977
	Linguagem particular de comunicação	Tocchio, 2013; Kupfer, <i>et al.</i> , 2009
	Deteta diferenças na fonética de algumas letras	Trehub & Rabinovitch, 1972
	Diz pelo menos uma palavra com sentido	Dantas, 2016
Comportamento e Adaptação Social	Desenvolvimento da cognição/formulação de hipóteses	Kagan, 1972; Bronson, 1972
	Demonstração e compreensão de emoções/sentimentos em vários contextos	Kagan, 1972; Bower, 1971; Hoemann, et al., 2019; Haith & Campos, 1977; Bronson, 1972; Tocchio, 2013; Kupfer, <i>et al.</i> , 2009; Souza, 2014; Carpenter, 1973; Bower, <i>et al.</i> , 1970
	Ansiedade de separação	Kagan, 1972; Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972
	Reação quando colocados em frente a um espelho	Haith & Campos, 1977
	Diferencia dia/noite	Tocchio, 2013; Kupfer, <i>et al.</i> , 2009; Dantas, 2016
	Brinca	Tocchio, 2013; Kupfer, <i>et al.</i> , 2009; Dantas, 2016
	Tem objetos preferidos	Tocchio, 2013; Kupfer, <i>et al.</i> , 2009
	Gestos sociais (acenar, adeus, etc.)	Dantas 2016
	Mais atenta a estímulos quando são visuais e auditivos do que só visuais	Carpenter, 1973
	Distingue diferentes faces	Carpenter, 1973

APÊNCICE X – Diferenças nas idades-chave dos autores comparativamente a Mary Sheridan (*scoping review*)

Tabela 8 – Diferenças nas idades-chave dos autores comparativamente a Mary Sheridan.

Domínio	Idade	Indicadores	Autor(es), Ano (página(s))	Idades identificadas pelos autores
Postura e Motricidade Global	4-6 semanas	“Em decúbito ventral – levanta a cabeça.”	Melo, 2018 (p. 103)	0 – 12 meses
			Dantas, 2016 (pp. 157, 158)	1 – 3 meses
		“Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão.”	White, <i>et al.</i> , 1964 (p. 353)	1 – 3 meses
	3 meses	“Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados.”	Dantas, 2016 (p. 158)	2 – 5 meses
			White, <i>et al.</i> , 1964 (pp. 355)	2.5 – 3 meses
		“Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita.”	Dantas, 2016 (p. 158)	4 – 6 meses
	6 meses	“Mantém-se sentado(a) sem apoio.”	Kagan, 1972 (p. 74)	6 – 8 meses
			Dantas, 2016 (p. 158)	5 – 6 meses 8 – 10 meses
	9 meses	“Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos. “	Kagan, 1972 (p. 74)	8 meses
			Melo, 2018 (p. 103)	0 – 12 meses
Visão e Motricidade Fina	4-6 semanas	“Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média).”	Dantas, 2016 (p. 157)	1 – 4 meses
			White, <i>et al.</i> , 1964 (p. 353)	1 – 1.5 meses
			Carpenter, 1974 (p. 190, 192-193)	2 – 7 semanas
			Bower, 1971 (p. 31)	6 semanas
	3 meses	“Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas. “	Field, 1977 (p. 102)	3 meses
			Honig, 1970 (p. 11)	4 – 5 meses

			White, <i>et al.</i> , 1964 (pp. 353, 354, 356)	1 – 1.5 meses 3 – 4 meses	
			Bower, <i>et al.</i> , 1970 (p. 52)	7 semanas – 6 meses	
		“Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal.”	Bronson, 1972 (p. 32)	3 – 4 meses	
			White, <i>et al.</i> , 1964 (p. 354)	1.5 – 2 meses	
			Carpenter, 1974 (p. 190)	2 – 7 semanas	
		“Apresenta convergência ocular.”	White, <i>et al.</i> , 1964 (pp. 354, 355)	2 – 3 meses	
		“Faz pestanejo de defesa.”	Bower, 1971 (pp. 31, 32)	> 2 semanas	
	6 meses	“Tem preensão palmar”	Melo, 2018 (p. 103)	0 – 12 meses	
			Dantas, 2016 (p. 157)	4 – 6 meses	
			Bower, <i>et al.</i> , 1970 (p. 52, 53)	5 – 6 meses	
			White, <i>et al.</i> , 1964 (p. 358)	5 – 6 meses	
			Bronson, 1972 (p. 33)	6 meses	
			“Leva os objetos à boca.”	Melo, 2018 (p. 105)	0 – 12 meses
			“Transfere objetos. “	Melo, 2018 (p. 105)	0 – 12 meses
				Dantas, 2016 (p. 157)	5 – 10 meses
	9 meses	“Tem preensão e manipulação.”	Field, 1977 (p. 102)	5 meses	
			Honig, 1970 (p. 13)	6 meses	
			Melo, 2018 (p. 105)	0 – 12 meses	

			Dantas, 2016 (p. 157)	5 – 10 meses
		“Leva tudo à boca.”	Melo, 2018 (p. 105)	0 – 12 meses
		“Faz pinça.”	Melo, 2018 (p. 103)	0 – 12 meses
Dantas, 2016 (p. 157)	9 – 11 meses			
Audição e Linguagem	4-6 semanas	“Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. “	Kagan, 1972 (p. 74)	Recém-nascido
	3 meses	“Atende e volta-se geralmente aos sons.”	Melo, 2018 (p. 104)	0 – 12 meses
			Kagan, 1972 (p. 82)	2 – 3 meses
			Dantas, 2016 (p. 158)	5 – 9 meses
	6 meses	“Vocaliza sons monossílabos e dissílabos.”	Honig, 1970 (p. 12)	0 – 8 meses
			Melo, 2018 (pp. 104-105)	0 – 12 meses
			Fulkerson & Waxman, 2006 (p. 224)	6 meses
			Souza, 2014 (p. 70)	0 – 12 meses
			Dantas, 2016 (p. 158)	2 – 5 meses
	9 meses	“Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido.”	Melo, 2018 (pp. 104-105)	0 – 12 meses
			Souza & Veríssimo, 2015 (p. 1100)	0 – 12 meses
		“Repete várias sílabas ou sons do adulto.”	Souza, 2014 (p. 77)	0 – 12 meses
			Melo, 2018 (pp. 104-105)	0 – 12 meses
			Dantas, 2016 (p. 158)	9 – 11 meses

Comportamento e Adaptação Social	4-6 semanas	“Tem sorriso presente às 6 semanas”	Dantas, 2016 (p. 157-158)	2 – 3 meses
		“Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.”	Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972 (p. 133)	36 – 42 semanas
			Bronson, 1972 (p. 9)	3 – 4 meses
			Kupfer, <i>et al.</i> , 2009 (p. 53)	Ao nascer
			Souza, 2014 (p. 69, 70)	Recém-nascido
			Dantas, 2016 (p. 157)	1- 3 meses
			Haith & Campos, 1977 (p. 257)	2 meses
	3 meses	“Sorri.”	Bower, 1971 (p. 38)	20 semanas
			Haith & Campos, 1977 (pp. 277)	4 meses
			Bronson, 1972 (pp. 7, 15, 19, 38, 40)	2 – 9 meses
			Melo, 2018 (p. 104)	0 – 12 meses
			Souza, 2014 (p. 70)	0 – 12 meses
			Dantas, 2016 (p. 158)	4 – 6 meses
		“Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar.”	Souza & Veríssimo, 2015 (p. 1100)	0 – 12 meses
			Souza, 2014 (p. 69, 77)	0 – 12 meses
			Bower, 1971 (p. 38)	20 semanas
Bronson, 1972 (p. 13-14, 41)			2 – 4 meses,	

				6.5 meses e 9 meses
			Melo, 2018 (p. 104)	0 – 12 meses
			Tocchio, 2013 (p. 27)	4 meses – 8 meses incompletos
			Kupfer, <i>et al.</i> , 2009 (p. 54)	4 meses – 8 meses incompletos
			Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972 (p. 130)	4 meses
			Dantas, 2016 (p. 158)	5 – 6 meses e 8 – 9 meses
	6 meses	“É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a). “	Kagan, 1972 (p. 77);	6 meses
			Haith & Campos, 1977 (p. 263)	6 – 8 semanas
			Dantas, 2016 (p. 158)	5 – 6 meses
			White, <i>et al.</i> , 1964 (pp. 355-356)	1.5 – 4.5 meses
	9 meses	“Mastiga.”	Tocchio, 2013 (p. 27)	8 meses – 12 meses incompletos
			Kupfer, <i>et al.</i> , 2009 (p. 54)	8 meses – 12 meses incompletos
		“Distingue os familiares dos estranhos.”	Kagan, 1972 (pp. 78, 79, 80)	6 – 9 meses
			Haith & Campos, 1977 (pp. 263, 276)	4 meses e 10 meses
			Bronson, 1972 (pp. 2, 13, 15-	3 – 9 meses

			16, 18-19, 37, 40)	
			Tocchio, 2013 (p. 27)	8 meses – 12 meses incompletos
			Kupfer, <i>et al.</i> , 2009 (p. 54)	8 meses – 12 meses incompletos
			Ainsworth, <i>et al.</i> , 1972 (p. 141)	Final do 1º ano de vida
			Dantas, 2016 (p. 158)	6 – 11 meses
			Carpenter, 1973 (pp. 3, 4)	3 – 4 meses e 6 – 8 meses

APÊNCICE XI – Comunicação oral “Oportunidades e desafios da era digital no cuidado especializado”

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA, PORTUGAL

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

Oportunidades e desafios da era digital no cuidado especializado

Ana Isabel Lopes

Mestranda na Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

26 de novembro 2021 | 09H00-17H00

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA, PORTUGAL

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

Objetivo

Discutir as oportunidade e os desafios relacionados com recursos da era digital na intervenção dos enfermeiros especialistas.

26 de novembro 2021 | 09H00-17H00

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA, PORTUGAL

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

Sumário

- ✓ Introdução
- ✓ A Enfermagem na era digital
- ✓ Oportunidades da era digital
- ✓ Desafios da era digital
- ✓ Recursos da era digital e a intervenção do enfermeiro
- ✓ Conclusão
- ✓ Discussão

26 de novembro 2021 | 09H00-17H00



Introdução

As novas tecnologias estão a orientar a evolução dos cuidados de saúde, levando os clientes a preferirem cuidados especializados à distância.

A tecnologia digital tem vindo a ganhar importância nos cuidados de saúde, não os substituindo mas sim promovendo a sua melhoria e qualidade.

As gerações mais novas são cada vez mais dominantes das novas tecnologias e influenciadas pelo mundo que as rodeia, sendo necessário e importante compreender o seu modelo de aprendizagem.

Bibliografia: Brinks, R. (2017). District nursing in the digital era. *British Journal of Community Nursing*, 22(10), 478-483. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.10.478>. DOT digital group. (2019). *Art generation e suas formas de aprender* (Ebook). http://www.fhcamp.br/ftp/online/generacao_2.pdf.
Dionísio, J. V. V., Almeida, L. P., Pires, K. H. A., Silva, H. A. H., Ferreira Júnior, A. R., & Aguiar, F. A. R. (2021). Tecnologias para a educação em enfermagem: revisão integrativa. *Ar Enfermagem*, 39(2), 235-254. <https://doi.org/10.15446/ar.enferm.39n02.81039>.
The Lancet Digital Health. (2019). A digital revolution: introducing The Lancet Digital Health. *The Lancet Digital Health*, 1, e1. [https://doi.org/10.1016/S2588-7500\(19\)30100-X](https://doi.org/10.1016/S2588-7500(19)30100-X).

26 de novembro 2021 | 09H00-17H00



A Enfermagem na era digital

Nos últimos 20 anos verificou-se uma mudança no paradigma da utilização das tecnologias em saúde, também em enfermagem, com contributos a nível da gestão do processo de trabalho.

O processo de enfermagem assemelha-se a uma tecnologia de informação que requer conhecimentos teóricos e práticos do enfermeiro para uma tomada de decisão, e pode ainda ser sustentado noutros recursos tecnológicos.

A tecnologia ajuda a relacionar as partes e a agregar informações para uma visão holística do ser humano.

Bibliografia: Baggio, H. A., Erdman, A. L., & do Sasso, G. T. M. (2010). Cuidado humano e tecnologia na Enfermagem contemporânea e complexa. *Textos e Contextos Enfermagem*, 19(2), 378-385. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072010000200021>.
Chaves, F. B. T., Paiva, R. de H., Moraes, I. H., Perez, P. E., Feijó, A. R., & Santos, V. E. P. (2021). Tecnologias utilizadas para apoio ao processo de enfermagem: revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.27659/acta.enferm.2021.1401132>.
Fernandes, B. C. G., Silva Júnior, J. N. de B., Guedes, H. C. D. S., Macedo, D. B. G., Nogueira, H. F., & Bertolo, A. J. R. (2021). Utilização de tecnologias por enfermeiros no gerenciamento da Atenção Primária à Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(2)98. <https://doi.org/10.1590/1983-1482.2021.20200197>.
Oliveira, A. R. F. de, & Alencar, H. S. D. H. (2017). O uso de aplicativos de saúde para dispositivos móveis como fontes de informação e educação em saúde. *RIBD: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, 19(1), 234-249. <https://doi.org/10.24090/ribd.v19n01.848137>.
Ribeiro, O. M. P. L., Hartes, M. H. P. P. de S., Vandeweyer, L., de Silva, J. H. A. V., & de Cardoso, M. F. T. (2021). Utilidade das tecnologias de informação e comunicação: olhar dos enfermeiros portugueses. *Textos e Contextos Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1980-2656.tce-2019-0138>.

26 de novembro 2021 | 09H00-17H00



Oportunidades da era digital

- ✓ Grande aliada na educação para a saúde;
- ✓ Dispõe de materiais educativos muito bem aceites, dinâmicos, lúdicos e estimulantes na promoção da saúde e prevenção da doença;
- ✓ Permite uma monitorização à distância;
- ✓ Promove o vínculo através de uma rede de interações que liga várias pessoas;
- ✓ Melhora a oferta assistencial;

Bibliografia: Baggio, H. A., Erdman, A. L., & do Sasso, G. T. M. (2010). Cuidado humano e tecnologia na Enfermagem contemporânea e complexa. *Textos e Contextos Enfermagem*, 19(2), 378-385. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072010000200021>.
Dionísio, J. V. V., Almeida, L. P., Pires, K. H. A., Silva, H. A. H., Ferreira Júnior, A. R., & Aguiar, F. A. R. (2021). Tecnologias para a educação em enfermagem: revisão integrativa. *Ar Enfermagem*, 39(2), 235-254. <https://doi.org/10.15446/ar.enferm.39n02.81039>.
Hageman, A., & Altmann, L. (2020). Nurses' experiences and viewpoints about the benefits of adopting information technology in health care: A qualitative study in Iran. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20(240), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01004-4>.
V. (2020). The Nursing of the Future: combining Digital Health and the Leadership of Nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 28e3339. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3339>.
The Lancet Digital Health. (2020). Reflecting on a future ready for digital health. *The Lancet Digital Health*, 2, e209. [https://doi.org/10.1016/S2588-7500\(20\)30087-5](https://doi.org/10.1016/S2588-7500(20)30087-5).

26 de novembro 2021 | 09H00-17H00





Oportunidades da era digital

- ✓ Melhora a qualidade dos cuidados com a redução de riscos e erros;
- ✓ Facilita a comunicação;
- ✓ Promove um processo de gestão e de avaliação facilitador e promotor do crescimento profissional;
- ✓ Reduz custos e economiza tempo.

Bibliografia: Baggio, H. A., Erdmann, A. L., & dal Sasso, G. T. H. (2010). Cuidado humano e tecnologia na Enfermagem contemporânea e complexa. *Texto e Contexto Enfermagem*, 19(2), 378-385. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072010000200021>; Dourado, J. V. V., Arruda, L. P., Ponte, K. H. A., Silva, M. A. H., Ferreira Junior, A. R., & Aguiar, F. A. R. (2021). Tecnologias para a educação com adolescentes: revisão integrativa. *Ar Enfermagem*, 39(2), 235-254. <http://doi.org/10.15446/ar.enferm.v39n2.85639>; Farahzadeh, J., Khajouei, R., Heaman, A., & Almadani, L. (2020). Nurses' experiences and viewpoints about the benefits of adopting information technology in health care: A qualitative study in Iran. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20(249), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01280-5>; Lapão, L. V. (2020). The Nursing of the Future: combining Digital Health and the Leadership of Nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 28:e3338. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0093-3338>; The Lancet Digital Health. (2020). Reflecting on a future ready for digital health. *The Lancet Digital Health*, 2, e109. [https://doi.org/10.1016/S2666-7500\(20\)00021-X](https://doi.org/10.1016/S2666-7500(20)00021-X)

26 de novembro 2021 | 09H00-17H00



Desafios da era digital

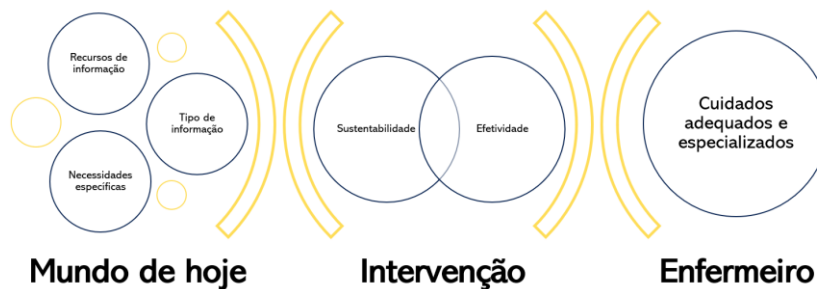
- ✓ Compreender as implicações das diferentes tecnologias digitais;
- ✓ Questões e desafios éticos e morais;
- ✓ É necessário uma abordagem pela ciência, cultura e ética.
- ✓ Criação de um mundo virtual;
- ✓ Humanização dos cuidados: "nenhuma máquina será capaz de substituir a capacidade humana de oferecer um sorriso, um toque, um olhar de carinho, ..." (Marin & Cunha, 2006, p. 355);
- ✓ Gerações não nativas da era digital.

Bibliografia: Barbosa, S., de F., Abbott, P., & Dal Sasso, G. T. H. (2021). Nursing in the Digital Health Era. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(1), 5-6. <https://doi.org/10.1111/jns1.12320>; Ehrenlein, E., & Ehrenlein, S. B. (2011). Geração digital: mitos das novas tecnologias para crianças e adolescentes. *Revista Hospital Universitário Paulo Ernesto*, 18(1), 42-52. <https://doi.org/10.18080/rhu.v18n01.a010018>; Ferenhok, B. C. G., Silva Junior, J. N. de B., Gomes, M. C. D. S., Havelin, D. B. G., Nogueira, M. F., & Barreto, A. I. B. (2021). Utilização de tecnologias por enfermeiros no gerenciamento da Atenção Primária à Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(Suppl). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200102>; Marin, H., de F., & Cunha, I. C. K. O. (2006). Perspectivas atuais da Informática em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 354-357. <https://doi.org/10.1191/00004-7167.20060000300013>; Porter-O'Grady, T. (2018). Nursing in the digital age and beyond. *Nursing Management*, September, 40-47. <https://doi.org/10.1097/01.NMMA.0000579012.32858.2b>; The Lancet Digital Health. (2020). Reflecting on a future ready for digital health. *The Lancet Digital Health*, 2, e109. [https://doi.org/10.1016/S2666-7500\(20\)00021-X](https://doi.org/10.1016/S2666-7500(20)00021-X)

26 de novembro 2021 | 09H00-17H00



Recursos da era digital e a intervenção do enfermeiro



26 de novembro 2021 | 09H00-17H00





Conclusão

A qualificação dos Enfermeiros deve procurar cuidados de enfermagem de qualidade sendo necessário desenvolver competências específicas da era digital.

O cuidado humanizado deve olhar para a pessoa como um todo, atendendo às suas características e necessidades únicas, aliando as novas tecnologias para atingir a excelência.

A Enfermagem do futuro será sustentada por profissionais cada vez mais capacitados e focados na prática avançada tendo os enfermeiros à disposição ferramentas e tecnologias que tornem o seu trabalho ainda mais gratificante e desafiador.



Bibliografia: Biggio, M. A., Erdmann, A. L. & del Sasso, G. T. M. (2019). Cuidado humano e tecnologia na Enfermagem contemporânea e complexa. *Texto e Contexto Enfermagem*, 19(2), 378-385. <https://doi.org/10.1590/texto.v19n02.0000000000021>. DOT digital group. (2019). As gerações e suas formas de aprender (eBook). <https://www.itsmag.br/wp-content/uploads/2019/09/As-geracoes-e-suas-formas-de-aprender-2019.pdf>. Lapão, L. V. (2020). The Nursing of the Future: combining Digital Health and the Leadership of Nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 28:e3338. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000-3338>. Porter-O'Grady, T. (2019). Nursing in the digital age and beyond. *Nursing Management*, September, 40-47. <https://doi.org/10.1097/0198.0000000000000395.2b>

26 de novembro 2021 | 09H00-17H00



Agradeço desde já a presença e atenção de todos, estando

disponível para qualquer esclarecimento adicional.



26 de novembro 2021 | 09H00-17H00

APÊNCICE XII – Póster “Qual o impacto da Drepanocitose no desenvolvimento do Adolescente”



Qual o impacto da Drepanocitose no desenvolvimento do Adolescente?

Ana Isabel Fonseca Lopes¹; Marco André Martins Cabeça¹; Joana Rodrigues Rato²
¹Mestrando(a) na Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
²Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

1. Introdução

A adolescência é um importante período de desenvolvimento do indivíduo e, ao longo dos tempos, tem sido estudado nas mais diversas especialidades, desde a saúde à educação, por vários autores clássicos, como Freud que caracterizou este período pela turbulência e necessidade de autonomia aos pais, Erikson que salientou a importância da integração num grupo com reforço da autoconfiança fora do contexto familiar, ou Piaget destacando o pensamento abstrato e aumento do controlo das emoções (Buitoa et al., 2020).

Segundo a OMS a adolescência é definida como o período entre os 10 e os 19 anos, sendo os adolescentes especialmente influenciados pelo ambiente que os rodeia, sendo possível observar várias alterações a nível do desenvolvimento físico, cognitivo, moral e psicossocial (Buitoa et al., 2020).

Todas estas alterações provocam no adolescente uma grande instabilidade, o que que por vezes é agravado quando há o diagnóstico de uma doença crónica, definida pela OMS como um evento de características e duração longa, de onde resultam incapacidades a médio/longo prazo com maior necessidade de supervisão e cuidados de saúde (Chaves, 2020), nomeadamente, cuidados de enfermagem especializados, uma vez que, as doenças agudas nesta fase são menores comparativamente a outras idades (Buitoa et al., 2020).

Um exemplo deste tipo de doença é a Drepanocitose, uma doença genética do grupo das hemoglobinopatias, onde o fenómeno da falocformidade normalmente surge numa fase da infância mais tardia originando múltiplos internamentos, devido a manifestações clínicas em diversos sistemas, devido à maior susceptibilidade a infeções e em que a sintomatologia principal é febre e dor (que pode durar desde poucos minutos a dias) e ainda atraso do crescimento e na maturação sexual e diminuição da fertilidade (McCormery & Wilson, 2014). Esta doença é uma das mais frequentes a nível mundial (Vica et al., 2019) e com maior incidência em indivíduos de raça negra (Johnson & Meghji, 2012).

2. Objetivo

Propusemos desenvolver uma breve revisão de literatura narrativa para compreender o impacto que a drepanocitose pode exercer no desenvolvimento de um adolescente e que intervenções de enfermagem têm sido estudadas para estes casos. O trabalho foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Psicologia do Desenvolvimento do Mestrado em Enfermagem.

3. Materiais e métodos

Para realizar a breve revisão narrativa recorreu-se:
Bases de dados internacionais: *Nursing Reference Center, Scielo, CINAHL, MEDLINE, MedC Latina, APA PsycArticles e Psychology and Behavioral Sciences Collection.*

- Termos descritores: *sickle cell disease, teen, teenagers e anemia* e recurso aos operadores booleanos AND e OR.

- Termos descritores: drepanocitose, anemia, adolescente e psicologia.

Foram ainda incluídos três livros de referência na área de enfermagem especializada por forma a assegurar quais as intervenções documentadas nestes casos clínicos.

Critérios de inclusão: artigos e/ou estudos originais, nos idiomas inglês e português, com acesso aberto, publicados entre 2000 e 2021.

Critérios de exclusão: teses de mestrado e doutoramento, artigos e/ou estudos originais que não se enquadram na faixa etária, na doença em análise e nas áreas desenvolvimentais (enfermagem e/ou psicologia).

4. Procedimento

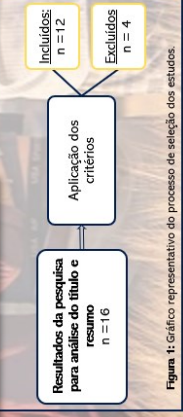


Figura 1: Gráfico representativo do processo de seleção dos estudos.

5. Resultados

A drepanocitose apresenta ter um maior impacto na adolescência do que noutros estádios de desenvolvimento (Alao et al., 2009). Um estudo com 75 adolescentes (11 - 15 anos) concluiu que todos os participantes apresentavam um elevado risco de desenvolver ansiedade, depressão, POC, fobia social e ansiedade de separação (March & Karanasthan, 2018; citando Graves & Jacob, 2012).

A drepanocitose provoca a nível psicológico do adolescente alterações no funcionamento cerebral e na resposta emocional (Alao et al., 2003), causando atrasos do desenvolvimento, alterações da autoimagem, baixa autoestima, depressão pelos internamentos de longa duração e restrição de atividades (March & Karanasthan, 2018) e ansiedade pela imprevisibilidade da doença (Alao et al., 2003).

A baixa da autoestima, o isolamento social e sentimentos de desesperança levam à instalação de quadros depressivos, com consequente aumento das queixas algícas, desistência das consultas e baixa adesão ao tratamento (Smith & Engleke, 2017).

Uma doença crónica, traz sentimentos como a tristeza, a insegurança e o medo do desconhecido devido a hospitalizações frequentes (Rigo et al., 2017). Esta necessidade faz com que os adolescentes com drepanocitose enfrentem situações de sofrimento quando comparados a outros jovens (March & Karanasthan, 2018; citando Johnson, et al., 2009) levam a um absentismo maior e um menor rendimento escolar (De Jesus et al., 2018) e consequentemente uma maior dependência económica dos pais (Alao et al., 2009).

Nos adolescentes com drepanocitose pode observar-se um atraso do desenvolvimento e da maturação sexual (Alao et al., 2009) bem com do peso e estatura (De Jesus et al., 2018), o que associado ao isolamento social por alterações na autoimagem trazem sentimentos de exclusão e dificuldades nos relacionamentos sociais, amorosos e sexuais (Rigo et al., 2017).

Adolescentes com drepanocitose compõem predominantemente famílias de classe socioeconómica menos favorecida, o que associado a um estado nutricional prejudicado, alterações psicológicas e absentismo escolar compromete de forma negativa a saúde, resultando no agravamento do seu estado (De Jesus et al., 2018).

6. Conclusão

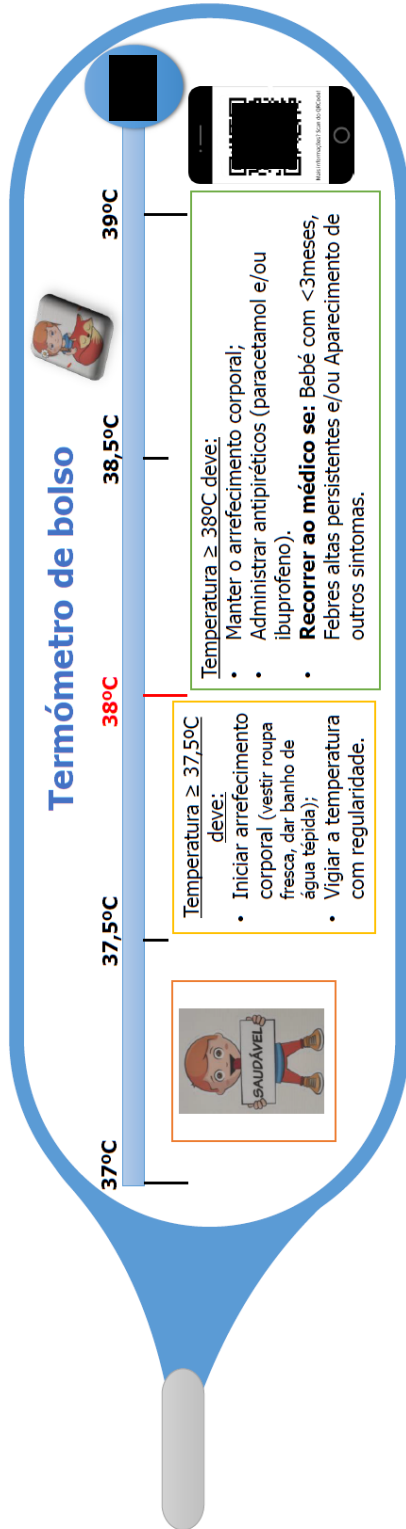
A drepanocitose pode prejudicar vários níveis do desenvolvimento dos adolescentes, uma vez que é nesta altura onde se iniciam sentimentos de pertença e criam fortes ligações com os pais que pode ficar interrompido devido aos internamentos recorrentes que os impedem de ir à escola, o local ideal para a socialização (Buitoa et al., 2020).

O Enfermeiro Especialista desenvolve competências específicas que lhe permitem promover a adaptação do adolescente e família à doença crónica (Ortiz dos Enfermeiros, 2018) sendo importante adequar as intervenções de enfermagem num trabalho de parceria com os pais para uma gestão da vida pessoal e social, adequada e saudável do adolescente e isto passa pela elaboração de um plano de cuidados individualizado (Smith & Engleke, 2017).

O Enfermeiro Especialista é ainda dotado de competências que lhe permitem articular com outras especialidades (Ortiz dos Enfermeiros, 2018), como é o caso da Psicologia, para avaliação, seguimento e aconselhamento a longo prazo do adolescente e pais deve também adequar o suporte comunitário (Ortiz dos Enfermeiros, 2018) articulando com o Serviço Social, para identificação de possíveis recursos/ apoios presentes na comunidade, como por exemplo, grupos de apoio (March & Karanasthan, 2018).

Referências Bibliográficas: Alao, A. O., Olowu, H., Jide, L., & Ehin, V. (2009). Psychopathology of sickle cell disease. *West African Journal of Medicine*, 22, Issue 4, Pt. 3, 343-352.
Buitoa, A. I., Martins, M. A., Rodrigues, J., & Lopes, A. I. (2020). Qualidade de vida em adolescentes com sickle cell disease. *Revista de Enfermagem Referência*, 11(35), 1-10.
Chaves, S. (2020). *Enfermagem em cuidados de enfermaria de longa duração*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
Johnson, S. L., & Meghji, R. (2012). *Sickle cell disease: A clinical approach*. London: Elsevier.
Karanasthan, M., & March, S. (2018). *Sickle cell disease: A clinical approach*. London: Elsevier.
Lopes, A. I., Martins, M. A., Rodrigues, J., & Lopes, A. I. (2020). Qualidade de vida em adolescentes com sickle cell disease. *Revista de Enfermagem Referência*, 11(35), 1-10.
Ortiz dos Enfermeiros, 2018. *Enfermagem em cuidados de enfermaria de longa duração*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
Rigo, M. A., et al. (2017). *Enfermagem em cuidados de enfermaria de longa duração*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
Smith, S., & Engleke, J. (2017). *Enfermagem em cuidados de enfermaria de longa duração*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
Wilson, J., & McCormery, S. (2014). *Enfermagem em cuidados de enfermaria de longa duração*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
Vica, S., et al. (2019). *Enfermagem em cuidados de enfermaria de longa duração*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

APÊNCICE XIII – “Termómetro de bolso” (urgência)



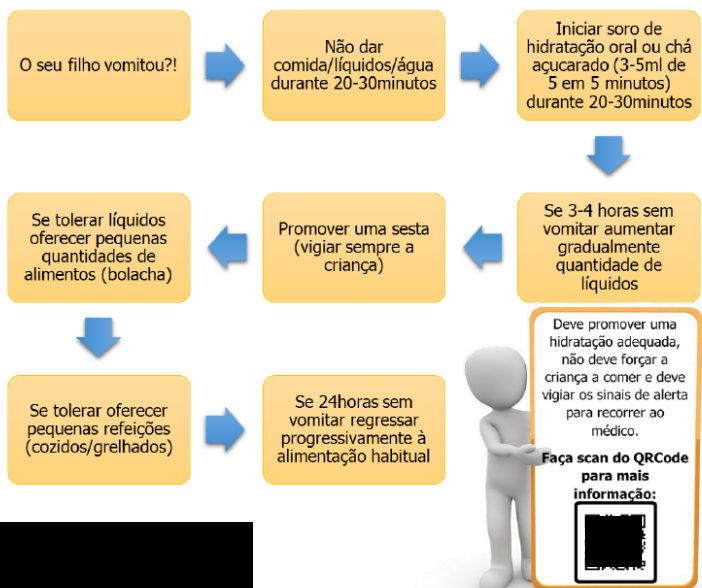
APÊNCICE XIV – “Fluxograma dos vômitos” (urgência)

VÓMITOS NA CRIANÇA

Dói-me a barriga!
Vou vomitar!



FLUXOGRAMA DOS VÓMITOS



APÊNCICE XV – “Febre na criança” (urgência)

O que é a febre?

É um sintoma caracterizado pelo aumento da temperatura corporal e que significa uma reação normal do organismo para se defender perante uma infeção por vírus ou bactéria. Pode também surgir como reação a medicamentos e/ou vacinas.

Quais os sintomas?

É muito comum nas doenças agudas da criança e normalmente vem acompanhada de tremores e extremidades frias. Normalmente o médico recomenda aos pais que aguardem 3 dias, pois é o tempo necessário para o aparecimento de outros sintomas que ajudem no diagnóstico.

No entanto há três situações em que se deve recorrer imediatamente ao médico:

- Na criança com menos de 3 meses;
- Febres altas persistentes;
- Aparecimento de outros sintomas associados: prostração/sonolência, gemido, manchas na pele, falta de ar, alteração de comportamento/consciência, convulsões, vômitos persistentes ou dores de cabeça fortes.

Como medir a temperatura corporal?

Para medir a temperatura corporal é necessário um termómetro. Atualmente os mais utilizados são os digitais que permitem uma medição rápida e com sinal sonoro no final para indicar que terminou.

O termómetro deve ser higienizado conforme indicações do fabricante. Não esquecer de guardar o termómetro na embalagem e fora do alcance das crianças.

Onde medir a temperatura corporal?

Existem vários locais onde é possível medir a temperatura da criança:

- Retal
 - o Recomendado desde o nascimento até aos 3 anos de idade;
 - o Coloca-se a criança deitada de costas e deve introduzir-se a ponta prateada (cerca de 1-2cm) do termómetro no ânus – pode lubrificar-se e não se pode forçar;
- Axilar:
 - o Método menos preciso;
 - o É necessário segurar no braço da criança e apoiá-la no colo;
- Timpânico:
 - o Método mais rápido;
 - o Recomendado após 3 anos de idade;
- Oral:
 - o Recomendado a partir dos 4-5 anos e consoante colaboração da criança;
 - o Não se deve ingerir alimentos/bebidas 30 minutos antes;
 - o A ponta prateada é colocada debaixo da língua e a boca fica sempre fechada;
 - o Tem de se aguardar sempre 3 minutos.

Por uma questão de higiene o termómetro usado para avaliação retal não deve ser o mesmo que é usado na avaliação oral – deve identificar-se os termómetros para se evitarem trocas.

Febre na criança

Como saber se a criança está com febre?

A temperatura normal situa-se habitualmente entre os 36°C e os 37,5°C. Numa criança diz-se que tem febre quando a sua temperatura é a seguinte:

- temperatura retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
- temperatura axilar ou timpânica $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$;
- temperatura oral $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$.

Qual o tratamento para a febre?

Se uma criança apresenta febre estas são as medidas a tomar para ajudar a baixar a temperatura, devendo iniciá-las em casa mesmo quando a seguir recorre ao médico:

- Arrefecer a criança:
 - Na criança pequena deixar de fralda;
 - Na criança maior colocar um body ou uma t-shirt;
 - Dar um banho de água tépida/morna.
- Administrar antipiréticos (em caso de dúvida da dose consultar o pediatra ou a bula do medicamento) - utilizar a via retal para crianças mais pequenas e a via oral para crianças maiores:
 - Paracetamol (mais utilizado);
 - Ibuprofeno (recomendado a partir dos 6 meses de idade) – intercalar com o paracetamol em caso de febres com intervalos inferiores a 6 horas.

Dúvidas

Em caso de dúvidas deve contactar os profissionais de saúde [REDACTED]. Pode também consultar esta informação no site [REDACTED].

APÊNCICE XVI – “Vômitos na criança” (urgência)

Vómitos na criança

O que são os vômitos?

Os vômitos são um sintoma muito frequente nas crianças. Estes caracterizam-se pela saída de conteúdo líquido e/ou sólido, normalmente alimentar, em esforço pela boca. É normal que a criança fique prostrada e pálida após um episódio de vômito, retomando a sua atividade normal dentro de pouco tempo.

Podem surgir associados a outros sintomas: febre, dor de barriga, diarreia e/ou dor de garganta.

Causas dos vômitos

Os vômitos são situações normalmente agudas que em casos de menor preocupação duram 1-2 dias. Estes podem ocorrer devido a várias situações:

- Gastroenterite (infecção viral ou bacteriana do sistema gastrointestinal);
- Alergias a alimentos (pode apresentar outros sintomas lesões de urticária, inchaço da face/lábios/língua, dificuldade respiratória);
- Intolerância à proteína do leite de vaca (mais comum em bebés);
- Outras infeções: infeção urinária, otite, meningite, pneumonia;
- Refluxo gastroesofágico;
- Apendicite;
- Tosse intensa;
- Enjoos de movimento (viagens de carro/barco);
- Enxaqueca;
- Traumatismo craniano.

Sinais de alerta

Apesar de os vômitos serem habitualmente situações agudas é importante estar alerta e vigiar a criança, devendo recorrer ao médico sempre que a criança:

- Esteja muito sonolenta e/ou prostrada e/ou com ar muito doente;
- Não se mexa nem se consiga colocar de pé;
- Vomite persistentemente não tolerando líquidos;
- Mostre sintomas de desidratação:
 - Boca e língua secas;
 - Choro sem lágrimas;
 - Diminuição da quantidade de urina.
- Apresente vômito de cor castanha, verde ou com sangue;
- Apresente outros sintomas:
 - Dor de barriga muito intensa;
 - Dor de cabeça, manchas no corpo e/ou alteração do estado de consciência;
 - Febre muito elevada e resistente ao tratamento;
- Tenha menos de três meses e vomitar duas ou mais vezes;
- Vomite o tratamento prescrito pelo médico;
- Apresente outros problemas de saúde: diabetes, traumatismo craniano ou abdominal, cancro, criança transplantada, criança com anemia de células falciformes (drepanocitose).

Vómitos na criança**Qual o tratamento para os vómitos?**

O tratamento para os vómitos passa por manter uma hidratação adequada e vigilância do aparecimento de outros sinais de alerta. Não deve obrigar a criança a comer, optando por oferecer mais líquidos, seguindo os seguintes passos:

- Após a criança vomitar é importante fazer uma pausa de 20-30 minutos sem oferecer à criança alimentos ou líquidos, incluindo a água.
- Iniciar lentamente a hidratação oral, preferencialmente com uma solução de hidratação oral (pode encontrar à venda na farmácia):
 - o Oferecer 3-5ml de soro de hidratação oral de 5 em 5 minutos (durante 20-30 minutos);
 - o Nos bebés pode oferecer leite materno em mamadas mais curtas (5-10 minutos);
 - o Se não conseguir comprar a solução de hidratação oral opte por um chá fraco levemente açucarado ou um iced-tea.
- Se após 3-4 horas não vomitar pode aumentar gradualmente a quantidade de líquidos;
 - o Durante este período pode promover uma sesta durante algumas horas, pois ajuda no alívio da necessidade de vomitar e promove que o estômago fique vazio (vigiar a criança regularmente durante o sono);
- Quando tolerar os líquidos pode oferecer pequenas quantidades de alimentos (bolachas simples, fruta cozida) e progressivamente passar para pequenas refeições optando por cozidos/grelhados consoante os alimentos que a criança já introduziu, evitando gorduras e açúcar em excesso;
- Se a criança não vomitar durante 24 horas pode progressivamente retomar à sua alimentação normal.

Dúvidas

Em caso de dúvidas deve contactar os profissionais de saúde [REDACTED]. Pode também consultar esta informação no site [REDACTED]; [REDACTED] e [REDACTED].

APÊNCICE XVII – Cartaz “Febre na criança” (urgência)

O seu filho está com febre?

FEBRE NA CRIANÇA



Sabe como medir a temperatura corporal?

Sabe o que fazer quando o seu filho está com febre?



Faça scan do QRCode para saber mais:



APÊNCICE XVIII – Cartaz “Vômitos na criança” (urgência)

O seu filho está a vomitar?



VÓMITOS NA CRIANÇA

Sabe o que fazer?

Conhece os sinais de alerta para vir ao médico?



Faça scan do QRCode para saber mais:

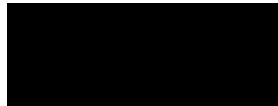


APÊNCICE XIX – Sessão de apresentação: “Importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil na Era Digital” (urgência)



Objetivo

Apresentação das atividades desenvolvidas no âmbito do estágio realizado no Atendimento Permanente Pediátrico da Cuf Descobertas.



Fonte da imagem: [redacted]

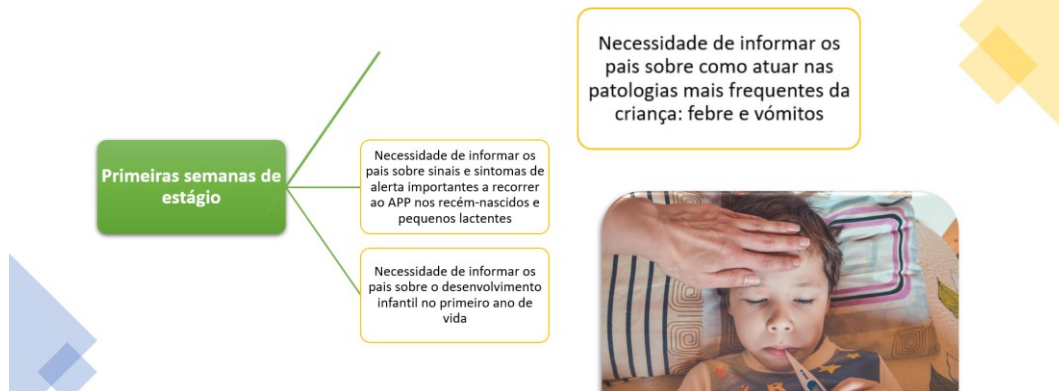


Sumário

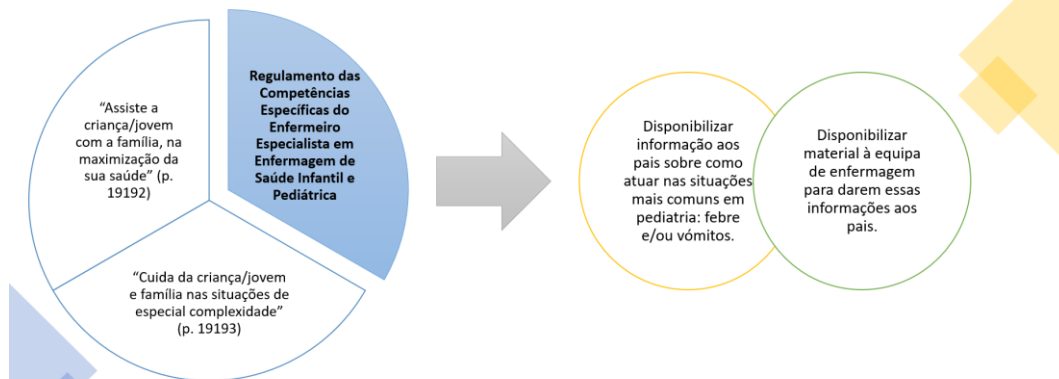
- Diagnóstico de situação
- Atividades desenvolvidas
- Avaliação das atividades desenvolvidas
- Conclusão
- Agradecimentos



Diagnóstico de situação



Atividades desenvolvidas



Atividades desenvolvidas

O seu filho está com febre?
FEBRE NA CRIANÇA
Sabe como medir a temperatura corporal?
Sabe o que fazer quando o seu filho está com febre?
Faça scan do QRCode para saber mais!

O seu filho está a vomitar?
VÔMITOS NA CRIANÇA
Sabe o que fazer? Conheça os sinais de alerta para vir ao médico?
Faça scan do QRCode para saber mais!

Atividades desenvolvidas

Termômetro de bolso

37°C 37,5°C 38°C 38,5°C 39°C

Temperatura \geq 37,5°C (febre):

- Iniciar amefricamento corporal (vestir roupas frescas, dar banho de água líquida);
- Vigiar a temperatura com regularidade.

Temperatura \geq 38°C deve:

- Manter o amefricamento corporal;
- Administrar antipiréticos (paracetamol e/ou ibuprofeno);
- **Recorrer ao médico se:** bebê com <3 meses, Febre alta persistente e/ou aparecimento de outros sintomas.

Other content includes a checklist of activities, a flowchart for vomiting in children, and a checklist for vomiting management.

Avaliação das atividades desenvolvidas

Questionário aos pais: "Acha importante que o enfermeiro disponibilize aos pais informações sobre como atuar em caso de febre e/ou vômitos?"

APPROVED

✓ ✓ X

100%

Fonte das imagens: Pixabay

Conclusão

- ✓ O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica deve desenvolver competências específicas que diferenciem as suas intervenções;
- ✓ É preciso abraçar novos desafios e adaptarmo-nos a novas realidades;
- ✓ Capacitar os pais, nossos parceiros de cuidados, na maximização da saúde das crianças e jovens.

Agradecimentos



Questionário à equipa de enfermagem:



Faça scan


Fonte das imagens: Pixabay.

APÊNCICE XX – Plano da sessão (urgência)



Plano de Sessão

TÍTULO: “Importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil na Era Digital”;

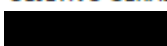
DESTINATÁRIOS: Equipe de enfermagem da 

DATA: Atividade assíncrona;

DURAÇÃO: 10 minutos;

LOCAL: Não especificado;

FORMADORA: Enf.ª Ana Isabel Lopes (estudante do mestrado e especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica);

OBJETIVO GERAL: Apresentar as atividades desenvolvidas no estágio realizado no APP  entre 6 de setembro e 9 de outubro de 2021;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conscientizar para a importância do enfermeiro especialista na atuação em situações de doença aguda mais comuns em pediatria;
- Conscientizar a equipa para a era digital;
- Partilhar as dificuldades durante o processo.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Participação de mais de 50% dos destinatários;
- Preenchimento de pelo menos 50% dos questionários.

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
Introdução	- Apresentação do formador e do projeto; - Objetivos; - Sumário;	Expositiva	Computador/Telemóvel/Tablet PowerPoint® OBS Studio ®	35seg
Desenvolvimento	- Diagnóstico da situação; - Atividades desenvolvidas: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; • Era digital e Geração Polegar; • Cartazes; • Termómetro de bolso; • Fluxograma dos vómitos; • Documentos informativos; - Avaliação das atividades desenvolvidas: <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades; • Questionários aos pais. 	Expositiva	Computador/Telemóvel/Tablet PowerPoint® OBS Studio ®	5min 44seg
Conclusão	- Conclusões retiradas; - Agradecimentos e questionário à equipa de enfermagem.	Expositiva	Computador/Telemóvel/Tablet PowerPoint® OBS Studio ®	1min 10seg

APÊNCICE XXI – Instrumento de avaliação da sessão (urgência)

Instrumento de avaliação - [REDACTED]

Este questionário é destinado à equipa da [REDACTED]

Tem como objetivo avaliar as atividades realizadas no APP, pela enfermeira que está a realizar o estágio de especialidade.

O preenchimento do questionário demora entre 5-10 minutos. É facultativo e anónimo.

Agradeço desde já a sua participação.

Enfermeira Ana Isabel Lopes, estudante nº 192020038 do Curso de Mestrado Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

***Obrigatório**

1. Considera importante o trabalho diferenciado do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no APP? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

2. Considera importante que o Enfermeiro coloque à disposição dos pais informação sobre como atuar nas patologias mais frequentes em Pediatria que motivam a vinda ao APP (febre e/ou vómitos)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

3. Considera importante ter material com informação (em papel ou digital) para disponibilizar aos pais sobre como atuar em caso de febre e/ou vômitos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

4. Considera um recurso importante e inovador o uso das novas tecnologias para disponibilizar informação aos pais? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

5. Como avalia as atividades desenvolvidas pela Enfermeira estudante da Especialidade

6. Sugestões/Comentários

APÊNCICE XXII – Diário de bordo – respostas dos pais (urgência)


Diário de Bordo – [REDACTED]

- “Esta é a segunda filha é mais fácil, mas nós somos pais e fazemos sempre o que achamos melhor mas é sempre bom ouvir a informação dos profissionais de saúde. Informação nunca é demais.” (Pai 1, 18/09/2021);
- “Sim, sim. Principalmente sobre a duração e quando pedir ajuda. Às vezes acho que venho em vão outras já venho no limite em situações mais graves.” (Mãe 1, 18/09/2021);
- “~~Super~~. É desesperante. Ontem desesperei quando ela começou a vomitar compulsivamente.” (Mãe 2, 22/09/2021);
- “Sim, especialmente para nós que somos leigos é sempre importante ter informação.” (Pai 2, 22/09/2021);
- “Sim, porque a minha outra filha só ficou doente a primeira vez com dois anos e meio e ficámos em aflição e tudo o que aprendi foi com o ‘Dr. Google’.” (Mãe 3, 27/09/2021).

APÊNCICE XXIII – Projeto para aprovação (urgência)



Universidade Católica Portuguesa

Hospital 


**Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio de especialidade de
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

- Atendimento Permanente Pediátrico -

Elaborado por:

Enfermeira Ana Isabel Fonseca Lopes n.º 192020038

Orientadoras:

Enfermeira Especialista e Mestre 

Prof.ª Doutora Sílvia Caldeira (Docente da U. Católica)

Outubro de 2021

ÍNDICE GERAL	P.
1. INTRODUÇÃO	2
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	3
2.1. Enfermagem e Era Digital	3
2.2. Recursos desenvolvidas	4
3. CONCLUSÃO	9
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10
5. ANEXOS	12
ANEXO I – “Termómetro de bolso”	
ANEXO II – “Fluxograma dos vômitos”	
ANEXO III – “Febre na criança”	
ANEXO IV – “Vômitos na criança”	
ANEXO V – Cartaz “Febre na criança”	
ANEXO VI – Cartaz “Vômitos na criança”	

1. INTRODUÇÃO

No sentido de desenvolver as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica surge o presente trabalho inserido no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, integrada no 1º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deve prestar cuidados de enfermagem avançados, com competência e segurança, para atingir um estado de saúde o mais elevado possível, respondendo às necessidades da criança e família/pessoa significativa identificando e gerindo os recursos necessários para gestão e suporte da situação. (Kelly et al, 2007 citado por Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Na sua prestação de cuidados o Enfermeiro Especialista na área desenvolve um processo de pensamento mental complexo e dinâmico para identificar situações que merecem a sua intervenção, bem como as estratégias para alcançar os objetivos desejados. A isto chamamos de raciocínio clínico que rege a sua tomada de decisão aquando a prestação de cuidados. (E. C. Carvalho et al., 2017)

Assim o Enfermeiro Especialista deve desenvolver atividades que promovam o desenvolvimento destas competências através da aquisição de conhecimentos científicos mais aprofundados e ferramentas que lhe permitam mobilizar esse conhecimento especializado para a sua prática clínica, diferenciando os seus cuidados dos cuidados do Enfermeiro Generalista.

Assim, após um Planeamento em Saúde realizado nas semanas iniciais do estágio no Atendimento Permanente Pediátrico (APP) [REDACTED] foram identificadas algumas necessidades de intervenção bem como os recursos necessários para colmatar as mesmas. Assim desenvolvi ferramentas que serão apresentados neste documento a fim de serem aprovados na instituição com o intuito de se constituírem um recurso tanto para os pais como para a equipa de enfermagem.

O presente trabalho está escrito segundo o novo acordo ortográfico.



2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.1. ENFERMAGEM E ERA DIGITAL

A partir do século XVIII, a Revolução Industrial foi responsável por mudanças tecnológicas que tiveram influência na humanidade que hoje conhecemos. (Nietsche et al., 2012)

Na sociedade atual, segundo GSMA (2019) mais de 5 biliões de pessoas utilizam o telemóvel para aceder a informações de forma rápida (Junior & Monteiro, 2020), sendo que estamos a viver numa era digital que está a mudar estilos de vida, comportamentos e relacionamentos, sendo a era da informação substituída pela era da conexão (Moura, 2009), uma vez que esta e o conhecimento estão disponíveis de forma gratuita e bastante acessível para todos, apenas à distância de um clique. (Eisenstein & Estefenon, 2011)

A tecnologia não se cinge apenas às coisas, aos objetos e aos materiais, é um conceito muito mais amplo que implica saberes, conhecimentos científicos, valores e cultura. (Nietsche et al., 2012)

Novos paradigmas de aprendizagem vão surgindo, como “Mobile learning” ou “Aprendizagem móvel”, onde a aprendizagem ocorre através da utilização de dispositivos móveis, como o telemóvel, o tablet ou o netbook o que tem vindo a ganhar reputação por entre as comunidades de ensino. (Moura, 2009)

Todas estas mudanças vieram provar que é possível aprender, produzir conhecimentos e desenvolver competências através da tecnologia e do *mobile learning*. Para tal deve-se consciencializar para o seu correto uso e informar sobre os perigos da sua utilização incorreta. (Moura, 2009)

As tecnologias permitem que se crie um mundo virtual que está a transformar estilos de vida, relacionamentos, comportamentos e até a própria saúde. (Monteiro & Osório, 2015).

A utilização das tecnologias e suas inovações na área da saúde está a aumentar exponencialmente, sendo o tema uma prioridade por parte das várias organizações governamentais, como é o caso de Portugal que tem vindo a adotar cada vez mais as novas tecnologias como um recurso fundamental nos serviços de saúde. (Ribeiro et al., 2021)

As tecnologias podem ser grandes aliadas dos profissionais de saúde na sua prestação de cuidados, uma vez que potencializam e maximizam a mesma para atingirem os seus objetivos no que concerne à comunicação, ao conhecimento e aos benefícios em saúde. (Fernandes et al., 2021)

A Enfermagem não é exceção em que as novas tecnologias trouxeram contributos a nível da gestão do processo de trabalho (Fernandes et al., 2021) através da promoção de um ambiente de prática fomentado pela qualidade e segurança da prestação de cuidados dos enfermeiros. (Ribeiro et al., 2021)

A utilização das tecnologias na prática de enfermagem vão permitir cuidados mais humanizados (L. A. Carvalho et al., n.d.), visto que é facilitada pela utilização das mesmas porém é importante nunca esquecer que estas não conseguem nem devem tentar substituir a subjetividade da relação humana. (Baggio et al., 2010)

As novas tecnologias, nomeadamente os dispositivos móveis, são materiais educativos muito bem aceites no seio das gerações, principalmente das mais novas, por serem ferramentas dinâmicas, lúdicas e estimulantes que atraem o interesse das mesmas constituindo-se como materiais educativos nas intervenções direcionadas à promoção da saúde e prevenção de situações de doença (Dourado et al., 2021)

A comunicação e a transmissão de informações de forma rápida têm nas tecnologias um recurso importante. (Baggio et al., 2010) A enfermagem e as novas tecnologias devem unir-se para a procura do cuidado humano complexo em todas as suas dimensões, devendo os profissionais de enfermagem aproveitar as mesmas para informação e comunicação pelo bem da profissão e dos cuidados. (Baggio et al., 2010)

2.2. RECURSOS DESENVOLVIDAS

No sentido de desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica foram desenvolvidas atividades que procuraram essencialmente promover a maximização da saúde da criança/jovem e família respondendo às suas necessidades decorrentes de situações de especial complexidade.

Após o Planeamento em Saúde, foi notório que era importante intervir nos ensinamentos e na capacitação dos pais para atuarem em situações complexas mas muito frequentes quando estamos a falar de crianças e jovens, que são a febre e os vômitos.

A febre e os vômitos são duas condições agudas e normalmente benignas que motivam a maioria das idas a um serviço de urgência, muitas vezes pelo facto de os pais não saberem como atuar nestas situações. Estas, que na sua maioria, acabam por normalizar ao fim de 2-3 dias apenas com controlo sintomático levam os pais a exporem as crianças a um ambiente diferente e de stress, com todos os riscos inerentes a um serviço de urgência, ainda para mais nesta fase pandémica em que vivemos.

É realmente importante trabalhar estas temáticas com os pais de forma a capacitá-los para atuarem em caso de febre e/ou vômitos nas crianças e jovens, com conhecimento e segurança que lhes permita empoderamento e autonomia para gerirem estas situações agudas geradoras de stress e ansiedade tanto nos pais como nos seus filhos bem como para reconhecerem sinais de alerta que motivem a ida ao serviço de urgência para cuidados diferenciados.

Assim, foi primordial conhecer as gerações alvo dos nossos cuidados, as suas características e a forma como estas aprendem, o que permitiu selecionar ferramentas adequadas para atingir os objetivos planeados e desejados, utilizando as novas tecnologias que estas dominam a fim de transmitir informação rápida, interativa, intuitiva e criativa, que promovam estímulos sensoriais que as levem a produzir conhecimento.

Como tal foram desenvolvidos dois instrumentos que procuram capacitar os pais sobre como atuar em situações de febre e/ou vômitos dos filhos, disponibilizando-lhes no entanto mais informação caso estes estejam interessados em saber mais.

No caso da febre foi criado o “Termómetro de bolso” (ver anexo I), um termómetro em papel, de dimensões reduzidas a pensar na possibilidade de o poderem guardar junto do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, com as informações mais importantes de forma curta e explícita de como atuar no caso da criança se apresentar sub-febril ou febril e quando devem recorrer ao serviço de urgência. No mesmo termómetro existe ainda um *QRCode*¹ que os pais podem utilizar para acederm a informação mais detalhada e pormenorizada caso estejam interessados em saber mais sobre a temática.

No caso dos vômitos foi criado um “Fluxograma dos Vômitos” (ver anexo II), um cartão quadrado que à semelhança do anterior tem dimensões reduzidas propositadamente

¹ Quick Response Code – é um código de resposta rápida que através da sua leitura com uma aplicação nos dispositivos móveis permite aceder a links, documentos, etc.

pensadas com a mesma intenção de ser fácil de acondicionar, em que disponibiliza aos pais um esquema visual passo-a-passo de como atuar em caso de vômitos, bem como sinais de alerta a recorrer ao serviço de urgência. Mais uma vez, à semelhança do anterior, tem um *QRCode* que encaminha para um documento com mais informações.

Com os *QRCode* pretende-se que os pais comecem com informação mais concisa e visualmente agradável e que gradualmente eles próprios desenvolvam interesse pela temática o que consequentemente os vai levar a procurarem mais informações, sendo que como profissionais de saúde garantimos essa mesma informação, uma fonte segura, o que também lhes vai economizar tempo pois não necessitam de fazer uma pesquisa pela informação estando esta facilmente disponível.

Neste sentido, foram também elaborados os dois documentos sobre a febre (ver anexo III) e os vômitos (ver anexo IV), que contém então a informação mais detalhada e pormenorizada que responde a questões sobre as temáticas trabalhadas como “O que é”, “Porque acontece”, “Como avaliar” e “Como tratar”. Estes foram desenvolvidos após pesquisa de informação em conjunto com a enfermeira orientadora.

Estes documentos pretendem ser uma base de consulta caso os pais sintam que necessitam de mais informação para os ajudar na gestão destas situações de doença aguda dos seus filhos. Mais uma vez a pensar nas novas tecnologias, estes documentos estão disponíveis online, uma vez que eles podem fazer a transferência do documento através da leitura dos *QRCode* e guardar o mesmo nos dispositivos móveis, permitindo que transportem a informação consigo para qualquer lugar e até mesmo que partilhem com outros pais em situações semelhantes.

Não obstante os documentos também foram pensados como recurso à equipa de enfermagem para que estes os possam disponibilizar aos pais. Assim, estes também podem ser impressos, ficando disponíveis na sala de trabalho em formato de papel A4 para serem entregues pelos enfermeiros sempre que estes considerem oportuno e necessário.

No entanto, a pensar em todos os momentos em que as crianças/jovens e os pais se encontram no serviço de urgência e como é importante ter em consideração todos estes, foram criados dois cartazes em formato A3, mais uma vez respetivamente um sobre a febre (ver anexo V) e outro sobre os vômitos (ver anexo VI) para disponibilizar aos pais mais informação sobre as temáticas abordadas.

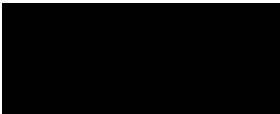
Mantendo o mesmo registro, os cartazes foram pensados não para dar informação direta, mas sim para promover estímulos visuais agradáveis e despertar a curiosidade dos pais sobre as temáticas. Assim, foi priorizada a apresentação gráfica com o intuito de ser atrativa, expondo apenas três questões, questões essas pensadas para serem o gatilho para despoletar nos pais a curiosidade de procurarem mais informação. Mais uma vez, a pensar nessa procura de mais informações e para garantir a fonte confiável das mesmas, está disponível no cartaz um *QRCode* que respetivamente encaminham para os documentos da febre e vômitos criados e que foram abordados anteriormente.

Com o intuito de perceber se estas ferramentas seriam bem aceites pelos pais, alguns foram questionados, verbal e informalmente, aquando a prestação de cuidados, sobre a importância de terem à sua disposição informações pertinentes sobre como atuar em caso de febre e/ou vômitos, tendo registado algumas respostas:

- “Esta é a segunda filha é mais fácil, mas nós somos pais e fazemos sempre o que achamos melhor mas é sempre bom ouvir a informação dos profissionais de saúde. Informação nunca é demais.” (Pai 1, 18/09/2021);
- “Sim, sim. Principalmente sobre a duração e quando pedir ajuda. Às vezes acho que venho em vão outras já venho no limite em situações mais graves.” (Mãe 1, 18/09/2021);
- “Super. É desesperante. Ontem desesperei quando ela começou a vomitar compulsivamente.” (Mãe 2, 22/09/2021);
- “Sim, especialmente para nós que somos leigos é sempre importante ter informação.” (Pai 2, 22/09/2021);
- “Sim, porque a minha outra filha só ficou doente a primeira vez com dois anos e meio e ficámos em aflição e tudo o que aprendi foi com o ‘Dr. Google’.” (Mãe 3, 27/09/2021).

Assim, foi possível verificar que todos revelaram que é importante a disponibilização de informação para os empoderar na gestão do processo de saúde-doença dos filhos.

Não obstante também foi importante perceber o feedback da equipa de enfermagem da Unidade Funcional da Criança e do Adolescente (UFCA) em relação às atividades desenvolvidas durante o período de estágio, sendo que após um questionário, todos verbalizaram ser importante a equipa ter à sua disposição recursos e ferramentas



informativas para disponibilizarem aos pais, bem como o uso das novas tecnologias como aliada na transmissão dessa informação:

Gráfico 1 – Resposta dos profissionais de saúde à questão:

Considera importante que o Enfermeiro coloque à disposição dos pais informação sobre como atuar nas patologias mais frequentes em Pediatri...ue motivam a vinda ao APP (febre e/ou vômitos)?
17 respostas

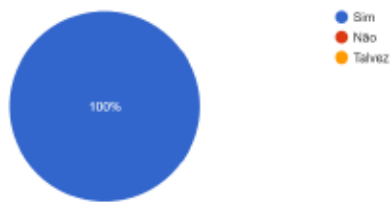


Gráfico 2 – Resposta dos profissionais de saúde à questão:

Considera importante ter material com informação (em papel ou digital) para disponibilizar aos pais sobre como atuar em caso de febre e/ou vômitos?
17 respostas

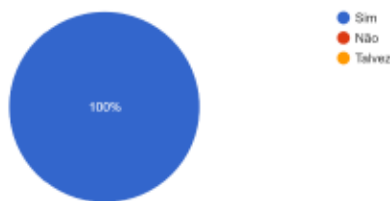
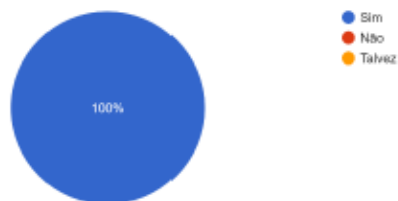


Gráfico 3 – Resposta dos profissionais de saúde à questão:

Considera um recurso importante e inovador o uso das novas tecnologias para disponibilizar informação aos pais?
17 respostas



3. CONCLUSÃO

Uma mudança paradigmática ao longo dos tempos, onde se destaca um maior interesse na qualidade de vida e conseqüentemente uma maior importância na promoção da saúde (Sakraida, 2004) enfatiza a promoção de comportamentos de saúde nos clientes em vários contextos e em várias idades.

A modernização da sociedade com as inovações tecnológicas também contribuiu para que as necessidades das novas gerações sejam diferentes. (Dourado et al., 2021) É necessário compreender as gerações que dominam as novas tecnologias para podermos adequar o modelo de aprendizagem e os respectivos recursos. (Dourado et al., 2021)

O acesso à informação também se tem vindo a modificar sendo mediada por dispositivos móveis (telemóveis, tablets, banda larga móvel, etc.) portáteis, de custo acessível, de fácil utilização e que permitem múltiplas tarefas que podem ser utilizados em qualquer momento e em qualquer lugar. (Oliveira & Alencar, 2017)

A Enfermagem “como ciência está em processo de construção hodierna, emergindo a partir de saberes específico e totais para a fundamentação de sua prática.” (Dourado et al., 2021, p. 244) tendo a tecnologia ganho um papel importante ao longo dos anos, através de descobertas e avanços tecnológicos fundamentais para os cuidados de saúde (Oliveira & Alencar, 2017) e quando bem utilizadas as novas tecnologias são uma aliada forte nos cuidados holísticos do enfermeiro. (Baggio et al., 2010)

As novas tecnologias permitem aproximar os profissionais de saúde e as pessoas alvo dos seus cuidados através de uma relação dinâmica e de um processo de partilha de informação horizontal (troca de informação e feedback mútuos e no imediato), o que promove conhecimentos e novas formas de pensar, sentir e agir. (Dourado et al., 2021) Não descurando a importância de que deve ser dada primazia à qualidade da informação que se partilha, para sermos reconhecidos como fontes de informação. (Oliveira & Alencar, 2017)

Só quando se atinge o equilíbrio entre a tecnologia e a enfermagem se consegue alcançar a harmonia do cuidado holístico ao outro. (L. A. Carvalho et al., n.d.)

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

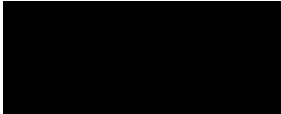
- Baggio, M. A., Erdmann, A. L., & dal Sasso, G. T. M. (2010). Cuidado humano e tecnologia na Enfermagem contemporânea e complexa. *Texto e Contexto Enfermagem*, 19(2), 378–385. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072010000200021>
- Carvalho, E. C., Oliveira-Kumakura, A. R. S., & Morais, S. C. R. V. (2017). Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 690–696.
- Carvalho, L. A., Nara, J. da S. N., & Thofehm, M. B. (n.d.). Uso das tecnologias no trabalho da enfermagem. *Encontro de Pós-Graduação UFPEL*. http://cti.ufpel.edu.br/cic/arquivos/2014/CS_02087.pdf
- DOT digital group. (2019). *As gerações e suas formas de aprender* (Ebook). http://www.fatecsp.br/dti/pdf/geracao_z.pdf
- Dourado, J. V. V., Arruda, L. P., Ponte, K. M. A., Silva, M. A. M., Ferreira Junior, A. R., & Aguiar, F. A. R. (2021). Tecnologias para a educação com adolescentes: revisão integrativa. *Av Enfermagem*, 39(2), 235–254. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n2.85639>
- Eisenstein, E., & Estefenon, S. B. (2011). Geração digital: riscos das novas tecnologias para crianças e adolescentes. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*, 42–52. http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=105
- Fernandes, B. C. G., Silva Júnior, J. N. de B., Guedes, H. C. D. S., Macedo, D. B. G., Nogueira, M. F., & Barrêto, A. J. R. (2021). Utilização de tecnologias por enfermeiros no gerenciamento da Atenção Primária à Saúde. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 42(spe). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200197>
- Junior, V. B. dos S., & Monteiro, J. C. da S. (2020). Educação e COVID-19: as tecnologias digitais mediando a aprendizagem em tempos de pandemia. *Revista Encantar - Educação, Cultura e Sociedade*, 2, 01–15. <https://doi.org/10.46375/encantar.v2.0011>
- Monteiro, A. F., & Osório, A. J. (2015). Novas tecnologias, riscos e oportunidades na perspectiva das crianças. *Revista Portuguesa de Educação*, 28(1), 35–57. <https://doi.org/10.21814/rpe.7049>

- Moura, A. (2009). Geração Móvel: Um ambiente de aprendizagem suportado por tecnologias móveis para a “Geração Polegar.” *VI Conferência Internacional de TIC Na Educação*, 49–77. <http://geramovel.wirenode.mobi>
- Nietsche, E. A., Gabriela Rodrigues de Lima, M., da Graça Soler Rodrigues, M., Ane Teixeira, J., Nunes Bitencourt de Oliveira, B., Apio Motta, C., Soprano Gribler, C., Miguel Gribler, V., Deprá Ilha Lucas, D., & Kirchoff Fagundes de Farias, M. (2012). Tecnologias Inovadoras do Cuidado em Enfermagem. *Rev Enferm UFSM*, 2(1), 182–189. <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3591>
- Oliveira, A. R. F. de, & Alencar, M. S. D. M. (2017). O uso de aplicativos de saúde para dispositivos móveis como fontes de informação e educação em saúde. *RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência Da Informação*, 15(1), 234–245. <https://doi.org/10.20396/rdbci.v0i0.8648137>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 422/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Preâmbulo. *Diário Da República, 2ª série*(133), 19192–19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Vandresen, L., da Silva, J. M. A. V., & de Cardoso, M. F. P. T. (2021). Utilidade das tecnologias de informação e comunicação: olhar dos enfermeiros portugueses. *Texto e Contexto Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0139>
- Sakraida, T. J. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª, pp. 699–715). Lusociência.



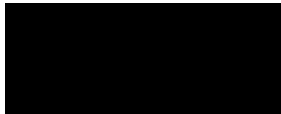


ANEXO I – “Termómetro de bolso”





ANEXO II – “Fluxograma dos vômitos”



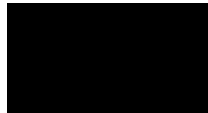
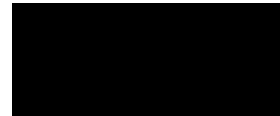
VÔMITOS NA CRIANÇA

Dói-me a barriga!
Vou vomitar!





ANEXO III – “Febre na criança”



Febre na criança

[IMP.XXXX.LX]

Pág. 1 / 2

O que é a febre?

É um sintoma caracterizado pelo aumento da temperatura corporal e que significa uma reação normal do organismo para se defender perante uma infeção por vírus ou bactéria. Pode também surgir como reação a medicamentos e/ou vacinas.

Quais os sintomas?

É muito comum nas doenças agudas da criança e normalmente vem acompanhada de tremores e extremidades frias. Normalmente o médico recomenda aos pais que aguardem 3 dias, pois é o tempo necessário para o aparecimento de outros sintomas que ajudem no diagnóstico.

No entanto há três situações em que se deve recorrer imediatamente ao médico:

- Na criança com menos de 3 meses;
- Febres altas persistentes;
- Aparecimento de outros sintomas associados: prostração/sonolência, gemido, manchas na pele, falta de ar, alteração de comportamento/consciência, convulsões, vômitos persistentes ou dores de cabeça fortes.

Como medir a temperatura corporal?

Para medir a temperatura corporal é necessário um termómetro. Atualmente os mais utilizados são os digitais que permitem uma medição rápida e com sinal sonoro no final para indicar que terminou.

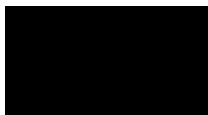
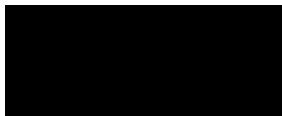
O termómetro deve ser higienizado conforme indicações do fabricante. Não esquecer de guardar o termómetro na embalagem e fora do alcance das crianças.

Onde medir a temperatura corporal?

Existem vários locais onde é possível medir a temperatura da criança:

- **Retal**
 - Recomendado desde o nascimento até aos 3 anos de idade;
 - Colocar-se a criança deitada de costas e deve introduzir-se a ponta prateada (cerca de 1-2cm) do termómetro no ânus – pode lubrificar-se e não se pode forçar;
- **Axilar:**
 - Método menos preciso;
 - É necessário segurar no braço da criança e apoiá-la no colo;
- **Timpânico:**
 - Método mais rápido;
 - Recomendado após 3 anos de idade;
- **Oral:**
 - Recomendado a partir dos 4-5 anos e consoante colaboração da criança;
 - Não se deve ingerir alimentos/bebidas 30 minutos antes;
 - A ponta prateada é colocada debaixo da língua e a boca fica sempre fechada;
 - Tem de se aguardar sempre 3 minutos.

Por uma questão de higiene o termómetro usado para avaliação retal não deve ser o mesmo que é usado na avaliação oral – deve identificar-se os termómetros para se evitarem trocas.



Febre na criança

IMP,000,00

Pág. 2 / 2

Como saber se a criança está com febre?

A temperatura normal situa-se habitualmente entre os 36°C e os 37,5°C. Numa criança diz-se que tem febre quando a sua temperatura é a seguinte:

- temperatura retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
- temperatura axilar ou timpânica $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$;
- temperatura oral $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$.

Qual o tratamento para a febre?

Se uma criança apresenta febre estas são as medidas a tomar para ajudar a baixar a temperatura, devendo iniciá-las em casa mesmo quando a seguir recorre ao médico:

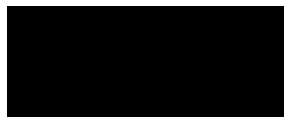
- Arrefecer a criança:
 - Na criança pequena deixar de fraldas;
 - Na criança maior colocar um body ou uma t-shirt;
 - Dar um banho de água tépida/morno.
- Administrar antipiréticos (em caso de dúvida da dose consultar o pediatra ou a bula do medicamento) – utilizar a via retal para crianças mais pequenas e a via oral para crianças maiores:
 - Paracetamol (mais utilizado);
 - Ibuprofeno (recomendado a partir dos 6 meses de idade) – intercalar com o paracetamol em caso de febres com intervalos inferiores a 6 horas.

Dúvidas





ANEXO IV – “Vômitos na criança”



IMP.XXXX.XX

Vômitos na criança

Pág. 1 / 2

O que são os vômitos?

Os vômitos são um sintoma muito frequente nas crianças. Estes caracterizam-se pela saída de conteúdo líquido e/ou sólido, normalmente alimentar, em esforço pela boca. É normal que a criança fique prostrada e pálida após um episódio de vômito, retomando a sua atividade normal dentro de pouco tempo.

Podem surgir associados a outros sintomas: febre, dor de barriga, diarreia e/ou dor de garganta.

Causas dos vômitos

Os vômitos são situações normalmente agudas que em casos de menor preocupação duram 1-2 dias. Estes podem ocorrer devido a várias situações:

- Gastroenterite (infecção viral ou bacteriana do sistema gastrointestinal);
- Alergias a alimentos (pode apresentar outros sintomas: lesões de urticária, inchaço da face/lábios/língua, dificuldade respiratória);
- Intolerância à proteína do leite de vaca (mais comum em bebés);
- Outras infeções: infeção urinária, otite, meningite, pneumonia;
- Refluxo gastroesofágico;
- Apendicite;
- Touxse intensa;
- Enjoo de movimento (viagens de carro/barco);
- Enxaqueca;
- Traumatismo craniano.

Sinais de alerta

Apesar de os vômitos serem habitualmente situações agudas é importante estar alerta e vigiar a criança, devendo recorrer ao médico sempre que a criança:

- Esteja muito sonolenta e/ou prostrada e/ou com ar muito doente;
- Não se mexa nem se consiga colocar de pé;
- Vomite persistentemente não tolerando líquidos;
- Mostre sintomas de desidratação:
 - o Boca e língua secas;
 - o Choro sem lágrimas;
 - o Diminuição da quantidade de urina;
- Apresente vômito de cor castanha, verde ou com sangue;
- Apresente outros sintomas:
 - o Dor de barriga muito intensa;
 - o Dor de cabeça, manchas no corpo e/ou alteração do estado de consciência;
 - o Febre muito elevada e resistente ao tratamento;
- Tenha menos de três meses e vomitar duas ou mais vezes;
- Vomite o tratamento prescrito pelo médico;
- Apresente outros problemas de saúde: diabetes, traumatismo craniano ou abdominal, cancro, criança transplantada, criança com anemia de células falciformes (drepanocitose).



IMP.XXXX.XX

Vômitos na criança

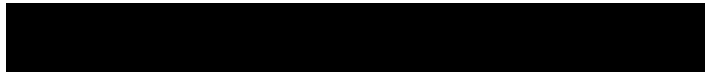
Pág. 2 / 2

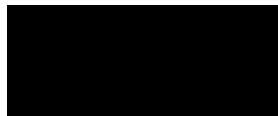
Qual o tratamento para os vômitos?

O tratamento para os vômitos passa por manter uma hidratação adequada e vigilância do aparecimento de outros sinais de alerta. Não deve obrigar a criança a comer, optando por oferecer mais líquidos, seguindo os seguintes passos:

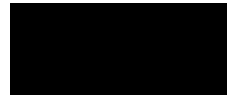
- Após a criança vomitar é importante fazer uma pausa de 20-30 minutos sem oferecer à criança alimentos ou líquidos, incluindo a água.
- Iniciar lentamente a hidratação oral, preferencialmente com uma solução de hidratação oral (pode encontrar à venda na farmácia):
 - Oferecer 3-5ml de soro de hidratação oral de 5 em 5 minutos (durante 20-30 minutos);
 - Nos bebês pode oferecer leite materno em mamadas mais curtas (5-10 minutos);
 - Se não conseguir comprar a solução de hidratação oral opte por um chá fraco levemente açucarado ou um Iced-tea.
- Se após 3-4 horas não vomitar pode aumentar gradualmente a quantidade de líquidos:
 - Durante este período pode promover uma sesta durante algumas horas, pois ajuda no alívio da necessidade de vomitar e promove que o estômago fique vazio (vigiar a criança regularmente durante o sono);
- Quando tolerar os líquidos pode oferecer pequenas quantidades de alimentos (bolachas simples, fruta cozida) e progressivamente passar para pequenas refeições optando por cozidos/grelhados consoante os alimentos que a criança já introduziu, evitando gorduras e açúcar em excesso;
- Se a criança não vomitar durante 24 horas pode progressivamente retomar à sua alimentação normal.

Dúvidas





ANEXO V – Cartaz “Febre na criança”



O seu filho está com febre?

FEBRE NA CRIANÇA

Frio, Doente, Termômetro Clínico



Sabe como medir a temperatura corporal?

Sabe o que fazer quando o seu filho está com febre?

Faça scan do QRCode para saber mais:





ANEXO VI – Cartaz “Vómitos na criança”



O seu filho está a vomitar?



**VÓMITOS
NA CRIANÇA**

Sabe o que fazer? Conheça os sinais de alerta para vir ao médico?

Faça scan do QRCode para saber mais:



APÊNCICE XXIV – Respostas da equipa de Enfermagem ao instrumento de avaliação da sessão (urgência)

Instrumento de avaliação - [REDACTED]

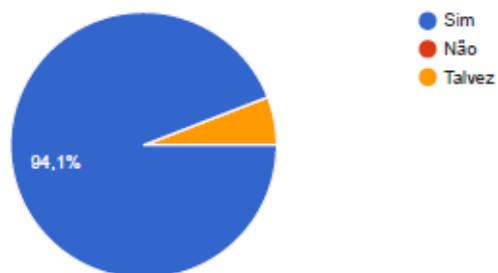
[REDACTED]

17 respostas

[Publicar estatísticas](#)

Considera importante o trabalho diferenciado do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no APP?

17 respostas



Considera importante que o Enfermeiro coloque à disposição dos pais informação sobre como atuar nas patologias mais frequentes em Pediatria que motivam a vinda ao APP (febre e/ou vômitos)?

17 respostas



Considera importante ter material com informação (em papel ou digital) para disponibilizar aos pais sobre como atuar em caso de febre e/ou vómitos?

17 respostas



Considera um recurso importante e inovador o uso das novas tecnologias para disponibilizar informação aos pais?

17 respostas



Como avalia as atividades desenvolvidas pela Enfermeira estudante da Especialidade

11 respostas

Muito positivo, penso que o recurso à tecnologia será uma mais valia de ouro

Muito pertinentes e eficazes irão ser muito úteis para o serviço

Muito importantes e pertinentes

Muito bom, pertinente

Bastante úteis e providenciam uma nova perspetiva à equipa.

Positivas e inovadoras

Serão uma mais valia para os pais de crianças que recorrem ao APP [REDACTED] proporcionando ensinios adequadas às suas necessidades.

Importante abordagem aos pais acerca dos problemas mais comuns referidos na triagem do APP e parabéns pela criatividade dos cartazes e folhetos

Sugestões/Comentários

4 respostas

Parabéns pelo trabalho desenvolvido

Parabéns

Continuação de bom trabalho

No termómetro de bolso, colocar o local de avaliação da temperatura (axilar, rectal, testa)

[REDACTED]

[REDACTED]



APÊNCICE XXV – Cartaz “Vamos para casa...E agora?” (internamento)



Vamos para casa...E agora?

Aleitamento materno

Febre

Alimentação e Biberões

Sono do bebé

Cuidados após a alta



Descarregue as informações através da leitura dos QRCode com o seu smartphone.

Trabalho realizado pela Enfermeira Ana Isabel Lopes no âmbito do estágio de mestrado e especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da U. Católica sob orientação da Enfermeira [redacted]



APÊNCICE XXVI – Vídeo de apresentação do Centro de Referência de Epilepsia Refratária (internamento)



APÊNCICE XXVII – Guião para a voz-off do vídeo de apresentação (internamento)

Bem-vindos ao Hospital de [REDACTED]

O Hospital situa-se em Lisboa, na [REDACTED] e faz parte do Centro Hospitalar de Lisboa [REDACTED], servindo 1 milhão de habitantes dos quais 400 000 são crianças e adolescentes.

O Hospital de [REDACTED] é desde [REDACTED] certificado pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência da Epilepsia Refratária.

A Epilepsia é uma perturbação do funcionamento do cérebro onde ocorrem descargas elétricas anormais de alguns ou de todos os neurónios, provocando crises epiléticas. As suas manifestações são variadas pois dependem da zona do cérebro afetada e são de início súbito com duração de segundos a minutos. A frequência de crises depende de criança para criança.

As suas causas são variáveis como por exemplo de origem genética, por lesões como AVC's, tumores ou podem nem ser identificadas claramente. O tratamento também é variável dependendo do número de crises, da intensidade ou duração das mesmas. Pode ser necessário o recurso a um ou vários medicamentos, dieta cetogénica ou cirurgia. Esta última pode ser uma alternativa para um grupo específico de crianças/adolescentes, sendo para tal necessário exames específicos e uma avaliação por diferentes especialidades.

Na Consulta de Epilepsia Refratária após análise de todas as informações retiradas dos vários exames realizados poderá ser proposto, entre outros, a realização de vídeo-EEG ou videovigilância-EEG.

Este exame é realizado em regime de internamento e permite registar a atividade cerebral da criança/adolescente através da colocação de eléctrodos na cabeça e ao mesmo tempo é feito um registo em vídeo do comportamento da mesma através da captação de imagem e som.

O Serviço de Pediatria recebe crianças e jovens de todas as zonas de Portugal e Ilhas para realização de vídeo-EEG. A Enfermaria situada [REDACTED] dispõe de um quarto dedicado à Epilepsia Refratária.

É o primeiro quarto do serviço disponibilizando condições à criança/adolescente e ao seu acompanhante durante todo o tempo de permanência no serviço. Imediatamente ao lado existe uma sala com todo o material necessário para realização do exame e vigilância onde das 8h às 23h estão os técnicos que realizam o mesmo. A sala e o quarto estão divididos por uma janela de vidro que permite uma observação privilegiada dos técnicos sob a criança/adolescente que está a realizar o exame.

Durante a realização do exame é necessário que a criança/adolescente esteja sempre acompanhada pela mãe, pai ou familiar de referência. As crianças ou adolescentes devem ficar sempre no leito, sendo que este é protegido com almofadas para segurança das mesmas. Todos os cuidados serão realizados ali tal como o banho ou a eliminação onde é disponibilizado um urinol ou uma arrastadeira, quando estas já não usam fralda.

Para que se obtenha resultados mais concretos e esclarecedores da situação particular da criança/adolescente pode ser necessário a redução da medicação ou até mesmo suspender alguns medicamentos na totalidade, o que pode trazer alguns riscos e eventualmente a necessidade de colocar um cateter endovenoso para maior segurança da criança/adolescente. A medicação volta a ser tomada, ainda no hospital, para garantir uma alta com toda a segurança.

A equipa de enfermagem, além do técnico presente, irá também assegurar a vigilância das crises, ajudar na gestão e administração da medicação, mas também proporcionar cuidados de conforto.

O protocolo de atuação em caso de crise convulsiva durante este exame é diferente do que acontece em casa, ou seja, a equipa de enfermagem não vai atuar logo para resolver a crise, mas vai vigiar a crise e o comportamento da criança/adolescente, só atuando após alguns minutos se esta não resolver sozinha. Isto permite ter mais informações de como é que as crises acontecem, o que acontece, qual o comportamento da criança/adolescente e se resolve ou não de forma espontânea.

Existem algumas indicações importantes antes de vir para o hospital e para fazer este exame. No dia do internamento de manhã, ainda em casa, a criança/adolescente deve lavar o cabelo e deve tomar a medicação conforme a indicação que o médico deu na consulta.

Para o internamento deve vir acompanhada pela mãe, pai ou outro familiar de referência e deve trazer os documentos de identificação, os exames médicos que tenha, a medicação que toma habitualmente (de preferência que seja suficiente para 1 semana, pois podem ser marcas e doses específicas não disponíveis no hospital). Para maior conforto e facilidade na troca de roupa, os pijamas ou fatos de treino devem ser confortáveis, quentes e que abram à frente. Podem trazer os seus próprios produtos de higiene e também um ou dois brinquedos, livros, jogos ou trabalhos escolares, para se entreterem na cama e que não precisem de usar internet.

O acompanhante também deverá trazer roupa para si, produtos de higiene e objetos de entretenimento para usar no quarto, sendo que os equipamentos eletrónicos com acesso à internet só podem ser usados numa zona específica do quarto que lhe será indicada no primeiro dia. O acompanhante dispõe ainda de uma casa-de-banho ao lado do quarto.

Em relação à alimentação o Serviço disponibiliza as refeições às crianças/adolescentes e acompanhantes, sendo que só deve trazer alimentos se houver alguma alimentação específica (por exemplo um leite especial).

No dia da alta, os técnicos irão retirar todos os elétrodos, a criança/adolescente toma banho e lava o cabelo para remover alguns dos resíduos de cola. Aquando a alta o médico irá dar todas as informações necessárias sobre a terapêutica e procedimentos seguintes.

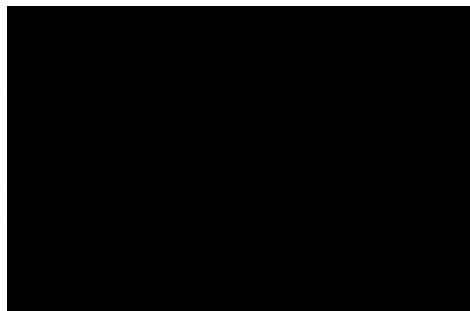
Em caso de dúvidas pode contactar a Enfermaria de pediatria através do telefone: XXXXXXXXXX

APÊNCICE XXVIII – Sessão de formação: “Importância do Enfermeiro Especialista na Promoção da Saúde da Criança e Jovem na Era Digital” (internamento)



Objetivo

Apresentar as atividades desenvolvidas no estágio realizado no internamento de pediatria do Hospital [redacted]



Sumário

- Diagnóstico de situação
- Atividades desenvolvidas
- Avaliação das atividades desenvolvidas
- Conclusão
- Agradecimentos

Diagnóstico de situação

Primeiras semanas de estágio

Disponibilizar aos pais conhecimentos antecipatórios sobre o serviço e sobre o Centro de Referência da Epilepsia Refratária.

Disponibilizar aos pais vídeos com ensinamentos de cuidados ao recém-nascido (banho, lavagem nasal, preparação do biberão, sono, etc.)

Disponibilizar aos pais os folhetos informativos do serviço de forma digital;

Contribuir para o projeto da parentalidade a ser desenvolvido pela equipe de enfermagem.

Diagnóstico de situação



Disponibilizar aos pais conhecimentos antecipatórios sobre o serviço e sobre o Centro de Referência da Epilepsia Refratária.

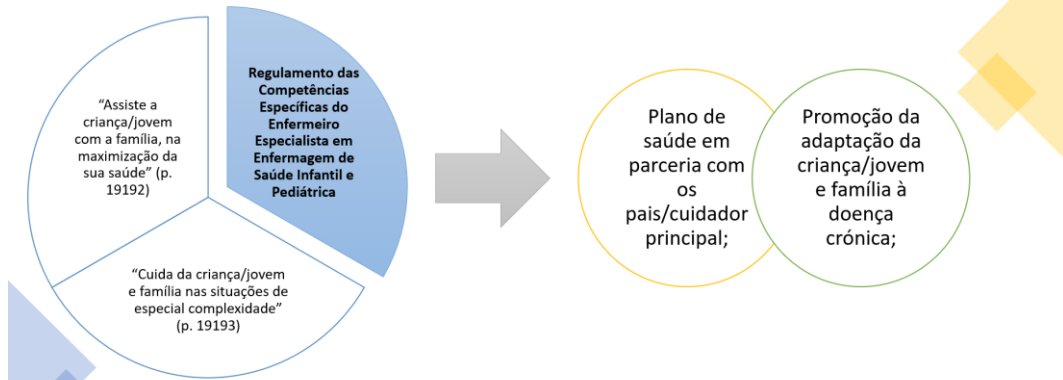
Disponibilizar aos pais os folhetos informativos do serviço de forma digital;

Atividades desenvolvidas



- ❖ A Teoria da Promoção da Saúde na Prática de Enfermagem, de Nola Pender, enquadra-se no Modelo de Promoção da Saúde.
- ❖ Pender defende que as pessoas procuram comportamentos de saúde enquanto interagem com o ambiente.
- ❖ O comportamento de promoção da saúde deve ser, o resultado de saúde positivo com o alcance do bem-estar ótimo e da realização pessoal e é influenciado por:
 - Características e experiências individuais;
 - Fatores cognitivos e de afetação do comportamento.

Atividades desenvolvidas



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

Atividades desenvolvidas



Fonte das imagens: Pixabay

Atividades desenvolvidas



Avaliação das atividades desenvolvidas

- ✓ Obtenção de feedback verbal dos pais a quem foi disponibilizado o vídeo de apresentação;
- ✓ Obtenção de feedback verbal dos pais a quem foi disponibilizado os documentos em forma digital;
- ✓ Obtenção de feedback escrito da equipa multidisciplinar a quem apresentarei o meu trabalho.

Conclusão

- ✓ O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica deve desenvolver competências específicas que diferenciem as suas intervenções;
- ✓ É preciso abraçar novos desafios e adaptarmo-nos a novas realidades;
- ✓ Capacitar os pais, nossos parceiros de cuidados, na maximização da saúde das crianças e jovens.

Agradecimentos



Questionário à equipa de enfermagem:







APÊNCICE XXIX – Plano da sessão de formação (internamento)



Plano de Sessão

TÍTULO: "Importância do Enfermeiro Especialista na Promoção da Saúde da Criança e Jovem na Era Digital";


DESTINATÁRIOS: Equipa de enfermagem do Internamento de Pediatria do Hospital 


DATA: 08/11/2021;

DURAÇÃO: 30 minutos;

LOCAL: Sala de reuniões do serviço, com transmissão online;

FORMADORA: Enf.ª Ana Isabel Lopes (estudante do mestrado e especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica);

OBJETIVO GERAL: Apresentar as atividades desenvolvidas no estágio realizado no internamento de pediatria do Hospital de  11 de outubro e 13 de novembro de 2021;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Consciencializar para a importância do enfermeiro especialista na promoção da saúde da criança e jovem na era digital;
- Consciencializar a equipa para a era digital;
- Partilhar as dificuldades durante o processo.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Obtenção de pelo menos 50% de respostas de *feedback*.

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador e do projeto; - Objetivos; - Sumário; 	Expositiva	Computador/Telemóvel/Tablet PowerPoint® Projektor	2 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico da situação; - Atividades desenvolvidas: <ul style="list-style-type: none"> • Teórica de Enfermagem; • Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; • Era digital e Geração Polegar; • Cartaz "Vamos para casa... E agora?"; • Vídeo de apresentação do serviço. - Avaliação das atividades desenvolvidas: <ul style="list-style-type: none"> • Métodos e dificuldades. 	Expositiva	Computador/Telemóvel/Tablet PowerPoint® Projektor	15 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Conclusões retiradas; - Agradecimentos. 	Expositiva	Computador/Telemóvel/Tablet PowerPoint® Projektor	3 min
Discussão	<ul style="list-style-type: none"> - Partilha de opiniões, comentários e críticas; - Feedback escrito da equipa de enfermagem. 	Expositiva Interrogativa	Computador/Telemóvel/Tablet Folha A4 Leitor de QRCode	10 min

APÊNCICE XXX – Instrumento de avaliação da sessão de formação (internamento)

Feedback da equipa de enfermagem - [REDACTED]

Este instrumento é destinado à equipa de enfermagem do Internamento de Pediatria do Hospital [REDACTED]

Tem como objetivo avaliar as atividades desenvolvidas pela enfermeira durante o estágio de especialidade, sob orientação da Enf.ª [REDACTED] e da Prof.ª Dr.ª Sílvia Caldeira.

O preenchimento do mesmo demora entre 5-10 minutos. É facultativo e anónimo.

Agradeço desde já a sua participação.

Enfermeira Ana Isabel Lopes, estudante nº 192020038 do Curso de Mestrado Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

***Obrigatório**

1. Considera importante o trabalho diferenciado do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no internamento de pediatria? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

2. Considera um recurso importante e inovador o uso das novas tecnologias nos cuidados de enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

3. Considera importante que o Enfermeiro coloque à disposição dos pais a informação existente no serviço em formato digital? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

4. Considera importante que o Enfermeiro disponibilize aos pais um vídeo de apresentação do serviço para os internamentos programados no âmbito do vídeo-EEG? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

5. Como avalia as atividades desenvolvidas pela Enfermeira estudante da Especialidade

6. Sugestões/Comentários

APÊNCICE XXXI – Respostas dos profissionais de saúde ao instrumento de avaliação da sessão (internamento)

Feedback da equipa de enfermagem -



8 respostas

[Publicar estatísticas](#)

Considera importante o trabalho diferenciado do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no internamento de pediatria?

8 respostas



Considera um recurso importante e inovador o uso das novas tecnologias nos cuidados de enfermagem?

8 respostas



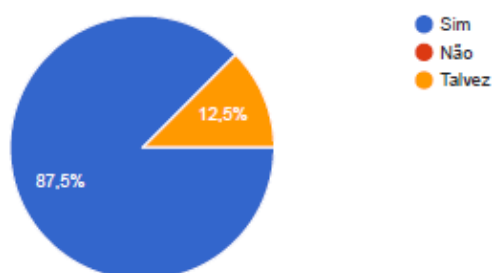
Considera importante que o Enfermeiro coloque à disposição dos pais a informação existente no serviço em formato digital?

8 respostas



Considera importante que o Enfermeiro disponibilize aos pais um vídeo de apresentação do serviço para os internamentos programados no âmbito do vídeo-EEG?

8 respostas



Como avalia as atividades desenvolvidas pela Enfermeira estudante da Especialidade

5 respostas

Muito interessante

Muito bem

Excelente!!

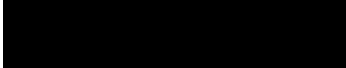
Atividades muito úteis, adaptadas às necessidades das crianças do internamento. E para além de útil muito original e de acordo com as realidade moderna

Muito pertinente e muito útil o filme promotor dos cuidados prestados à nível da epilepsia refractária

Sugestões/Comentários

0 respostas

Ainda não existem respostas a esta pergunta.



APÊNCICE XXXII – Sessão à equipa: “A utilização dos recursos tecnológicos na promoção do bebé” (neonatologia)



Objetivo

Promover a reflexão e o debate na equipa de enfermagem sobre a utilização dos recursos digitais na promoção da saúde em pediatria



Sumário

- Promoção da Saúde em Saúde Infantil
- A Enfermagem na Era Digital
- Recursos tecnológicos em Enfermagem
 - Vantagens vs. Riscos
- Recursos tecnológico em pediatria
- Conclusão



Promoção da Saúde em Saúde Infantil

A Teoria da Promoção da Saúde na Prática de Enfermagem, de Nola Pender, defende que as pessoas procuram comportamentos de saúde enquanto interagem com o ambiente, sendo influenciado por:

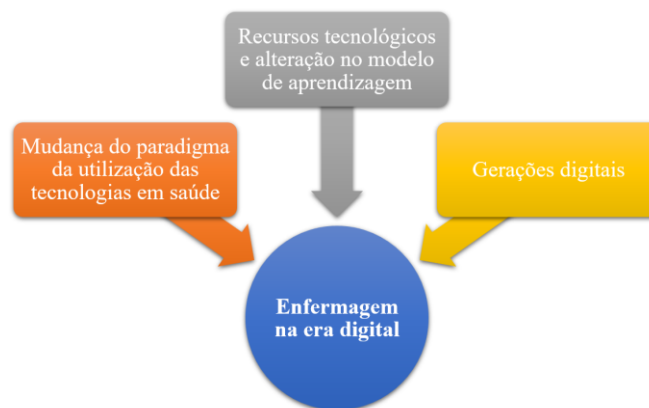
- Características e experiências individuais;
- Fatores cognitivos e de afetação do comportamento.

O Modelo de Promoção da Saúde baseia-se na procura de comportamentos que potenciam a saúde ao longo do ciclo de vida, sendo o Enfermeiro de Pediatria um recurso dos bebés/família na promoção de comportamentos que potenciem a saúde.



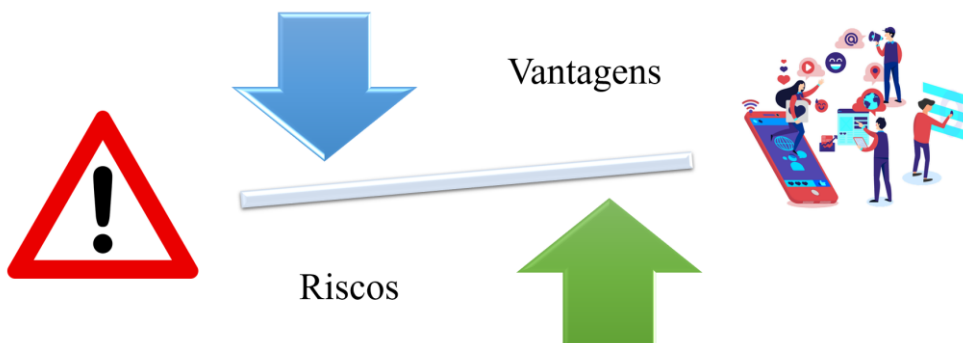
Bibliografia: Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento do C2-2018. Regulamento de Competências Específicas de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário Da República, 3ª série(131), 19192-19194. <https://www.enfermeiros.pt/medios/2713/infant.pdf>. Salsinha, T. J. (2006). Modelo de Promoção da Saúde. In A. M. Tenney & M. R. Allgood (Eds.), *Técnicas de Enfermagem e Sua Orelha - Modelos e Teorias de Enfermagem* (4, pp. 899-113). Lusitânica.

A Enfermagem na Era Digital



Bibliografia: Baggio, M. A., Erdmann, A. L., & del Sasso, O. T. M. (2010). Cuidado humano e tecnologia na Enfermagem contemporânea e complexa. *Temas e Contexto Enfermagem*, 19(2), 178-181. <http://dx.doi.org/10.12947/1916-020720100000001>. Bialski, P. (2017). District nursing in the digital era. *British Journal of Community Nursing*, 22(10), 478-481. <http://dx.doi.org/10.1093/bjcn/22.10.478>. Chiaravalloti, F. R. T., Pereira, Z. de M., Silveira, I. de M., Pereira, P. R., Fagundes, A. R., & Santos, V. E. P. (2013). Tecnologias utilizadas para apoio ao processo de enfermagem: revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24. <http://dx.doi.org/10.11606/acta.20130400000000>. DO2 Digital group. (2019). *As gerações e suas formas de aprender* (Book). <http://www.digipedia.org/digipedia.pdf>. Donatelli, J. V., Almeida, L. F., Pires, E. M. A., Silva, M. A. M., Ferraz Junior, A. P., & Aguiar, F. A. R. (2021). Tecnologias para a educação em saúde: revisão integrativa. *Av Enfermagem*, 39(2), 235-254. <http://dx.doi.org/10.15448/av.enferm.v39n2.8543>. Oliveira, A. R. F. de, & Almeida, M. S. D. M. (2017). O uso de aplicativos de saúde para dispositivos móveis como fontes de informação e educação em saúde. *ESB&C: Revista Digital de Evidências em Ciência da Informação*, 13(2), 238-245. <http://dx.doi.org/10.20205/esb.v03i02.0112>.

Recursos tecnológicos em Enfermagem




Vantagens vs. Riscos

- Recursos móveis, dinâmicas, lúdicas e estimulantes;
- Realidade virtual em tempo real;
- Facilita a comunicação;
- Redução de riscos e erros;
- Facilita processos de gestão e avaliação;
- Redução de custos e tempo.

- Implicações éticas, morais e legais;
- Riscos do mundo virtual – *technostress*, *Cyberbullying*, *sexting*, *drogas digitais*, etc.;
- Privacidade e identidade;
- Humanização dos cuidados;
- Competências para domínio e meios para a utilização dos recursos tecnológicos.

Bibliografia: Roggio, M. A., Erdmann, A. L. & Del Santos, O. T. M. (2010). Cuidado humano e tecnologia em Enfermagem contemporânea e complexa. *Temas e Contextos Enfermagem*, 19(2), 178-183. <https://doi.org/10.1191/0954-023720090009001>.
 Barlow, S. & F. F. Akman, P. & Del Santos, O. T. M. (2011). Nursing in the Digital Health Era. *Journal of Nursing Scholarship*, 13(1), 5-6. <https://doi.org/10.1111/j.1524-1302.2010.01362.x>.
 Dornelles, J. V. V., Assis, L. P., Ponte, K. M. A., Silva, M. A. M., Ferreira Junior, A. R. & Aguiar, F. A. B. (2011). Tecnologias para a educação com adolescentes: revisão integrativa. *Av. Enfermagem*, 19(2), 133-134. <https://doi.org/10.14464/av.enferm.v19n2.a030>.
 Eisenstein, E. & Erdmann, S. B. (2011). Oportunidade digital: mitos das novas tecnologias para crianças e adolescentes. *Revista Digital: Comunicação em Saúde*, 1(1), 43-51. <https://doi.org/10.1186/1676-5175-1-43>.
 Faramelli, R. C. O., Silva, J. N. de B., Góes, R. C. D. E., Maciel, D. B. G., Nogueira, M. F. & Barreto, A. J. P. (2011). Utilização de tecnologia por enfermeiros no gerenciamento da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(94). <https://doi.org/10.1191/0954-023720110000111>.
 Lapple, L. V. (2010). The Nursing of the Future: envisioning Digital Health and the Leadership of Nurses. *Post-Launch: An Enfermagem*, 18(4), 413-414. <https://doi.org/10.1016/j.1871-5284.00001313>.
 Marín, H. & P. A. Cruz, L. C. K. O. (2010). Perspectiva ético de Informática em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 434-437. <https://doi.org/10.1191/0954-023720100003003>.
 Porter-O'Grady, T. (2010). Nursing in the digital age and beyond. *Nursing Management*, September, 40-47. <https://doi.org/10.1016/j.nm.00001313>.
 The Lancet Digital Health. (2020). Reflecting on a future-ready for digital health. *The Lancet Digital Health*, 2, e309. [https://doi.org/10.1016/S2667-5008\(20\)00013](https://doi.org/10.1016/S2667-5008(20)00013).
 The Lancet Digital Health. (2020). Reflecting on a future-ready for digital health. *The Lancet Digital Health*, 2, e309. [https://doi.org/10.1016/S2667-5008\(20\)00013](https://doi.org/10.1016/S2667-5008(20)00013).

Recursos tecnológicos em pediatria




Informação digital

- Vantagens: informação “portátil”, prático, redução do papel;
- Desvantagens: ter um smartphone, ter aplicações próprias.



Videochamada

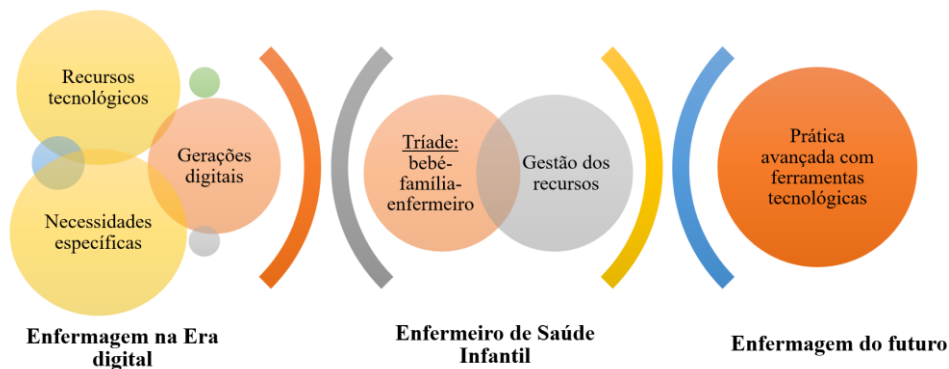
- Vantagens: ver a expressão facial, possibilidade de ver o ambiente, facilitador no esclarecimento de dúvidas;
- Desvantagens: consentimento e privacidade, ferramentas tecnológicas.



Sessões e-learning

- Vantagens: sessões assíncronas, procurar/rever informação quando precisa, informação credível, informação “visual”;
- Desvantagens: interpretações ambíguas, recursos tecnológicos.

Conclusão



Bibliografia: Roggio, M. A., Erdmann, A. L. & Del Santos, O. T. M. (2010). Cuidado humano e tecnologia em Enfermagem contemporânea e complexa. *Temas e Contextos Enfermagem*, 19(2), 178-183. <https://doi.org/10.1191/0954-023720090009001>.
 Barlow, S. & F. F. Akman, P. & Del Santos, O. T. M. (2011). Nursing in the Digital Health Era. *Journal of Nursing Scholarship*, 13(1), 5-6. <https://doi.org/10.1111/j.1524-1302.2010.01362.x>.
 Dornelles, J. V. V., Assis, L. P., Ponte, K. M. A., Silva, M. A. M., Ferreira Junior, A. R. & Aguiar, F. A. B. (2011). Tecnologias para a educação com adolescentes: revisão integrativa. *Av. Enfermagem*, 19(2), 133-134. <https://doi.org/10.14464/av.enferm.v19n2.a030>.
 Eisenstein, E. & Erdmann, S. B. (2011). Oportunidade digital: mitos das novas tecnologias para crianças e adolescentes. *Revista Digital: Comunicação em Saúde*, 1(1), 43-51. <https://doi.org/10.1186/1676-5175-1-43>.
 Faramelli, R. C. O., Silva, J. N. de B., Góes, R. C. D. E., Maciel, D. B. G., Nogueira, M. F. & Barreto, A. J. P. (2011). Utilização de tecnologia por enfermeiros no gerenciamento da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(94). <https://doi.org/10.1191/0954-023720110000111>.
 Lapple, L. V. (2010). The Nursing of the Future: envisioning Digital Health and the Leadership of Nurses. *Post-Launch: An Enfermagem*, 18(4), 413-414. <https://doi.org/10.1016/j.1871-5284.00001313>.
 Marín, H. & P. A. Cruz, L. C. K. O. (2010). Perspectiva ético de Informática em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 434-437. <https://doi.org/10.1191/0954-023720100003003>.
 Porter-O'Grady, T. (2010). Nursing in the digital age and beyond. *Nursing Management*, September, 40-47. <https://doi.org/10.1016/j.nm.00001313>.
 The Lancet Digital Health. (2020). Reflecting on a future-ready for digital health. *The Lancet Digital Health*, 2, e309. [https://doi.org/10.1016/S2667-5008\(20\)00013](https://doi.org/10.1016/S2667-5008(20)00013).
 The Lancet Digital Health. (2020). Reflecting on a future-ready for digital health. *The Lancet Digital Health*, 2, e309. [https://doi.org/10.1016/S2667-5008\(20\)00013](https://doi.org/10.1016/S2667-5008(20)00013).

APÊNCICE XXXIII – Plano de sessão (neonatologia)



Plano de Sessão

TÍTULO: “A utilização dos recursos tecnológicos na promoção da saúde do bebê”;

DESTINATÁRIOS: Equipa de enfermagem do Serviço de Neonatologia do Hospital



DATA: 20 de dezembro de 2021 às 8h20;

DURAÇÃO: 10 minutos;

LOCAL: Balcão de enfermagem;

FORMADORA: Enf.^a Ana Isabel Lopes (estudante do mestrado e especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica);

OBJETIVO GERAL: Promover a reflexão e o debate na equipa de enfermagem sobre a utilização dos recursos digitais na promoção da saúde em pediatria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover a reflexão na equipa de enfermagem sobre as oportunidades e desafios da era digital na promoção da saúde em pediatria;
- Dinamizar o debate de conhecimento e experiência pessoal dos profissionais sobre os recursos e ferramentas da era digital na promoção da saúde em pediatria.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Percentagem $\geq 35\%$ de presenças na sessão;
- Percentagem $\geq 50\%$ de respostas da equipa de enfermagem ao instrumento de avaliação da sessão.

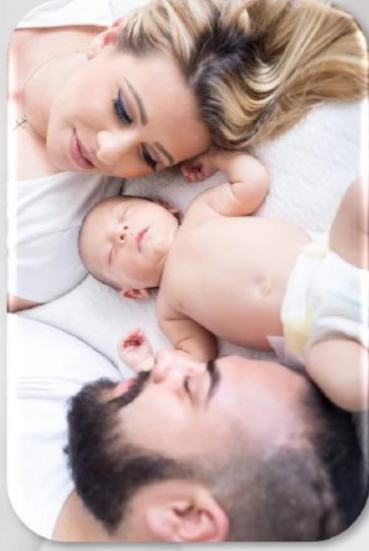
MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador e do projeto. - Objetivos. - Sumário. 	Expositiva	Computador <i>PowerPoint®</i>	1 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da saúde em saúde infantil. - A Enfermagem na Era Digital. - Recursos tecnológicos em Enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> - Vantagens e riscos. - Recursos tecnológico em pediatria: <ul style="list-style-type: none"> - Debate/Partilha de experiências. 	Expositiva	Computador <i>PowerPoint®</i>	7min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Conclusões retradas. - Instrumento de avaliação da sessão. - Agradecimentos. 	Expositiva	Computador <i>PowerPoint®</i> <i>Google® Forms</i>	2 min

APÊNCICE XXXIV – Sugestão de ferramenta digital à equipa (neonatologia)

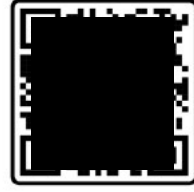
Cuidar do meu bebé

Cuidar de um bebé recém-nascido traz muitas questões e dúvidas, principalmente quando este é prematuro ou necessita de cuidados especiais.

Procurar ajuda quando se tem dúvidas é o mais acertado, sendo que deve procurar um profissional de saúde para informação de confiança.



Para o ajudar a equipa de enfermagem da Unidade de Neonatologia disponibiliza-lhe informação sobre os cuidados ao recém-nascido: banho, cuidados com o umbigo, muda da fralda, roupa, alimentação, sono e posicionamento no berço, transporte e segurança na ida para casa e sinais de alerta. Para tal, pode descarregar estas informações através da leitura do QRCode com o seu telemóvel.



scan me



APÊNCICE XXXV – Instrumento de avaliação da sessão à equipa (neonatologia)

"Importância do Enfermeiro Especialista na Promoção da Saúde da Criança e Jovem na Era Digital"

Este formulário é destinado aos enfermeiros do Serviço de Neonatologia do Hospital [REDACTED] que assistiram à apresentação da mestranda com o título "Importância do Enfermeiro Especialista na Promoção da Saúde da Criança e Jovem na Era Digital".

Tem como objetivo avaliar a sessão e o desempenho da mestranda, com o intuito de refletir sobre a mesma e assim melhorar enquanto desenvolve competências de futura enfermeira especialista.

O preenchimento do questionário demora menos de 5 minutos, é facultativo e anónimo.

Agradeço desde já a sua participação.

Enfermeira Ana Isabel Lopes, estudante n.º 192020038 do Curso de Mestrado Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

*Obrigatório

1. Considera o tema apresentado pertinente e atual? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei/Não quero responder

2. Considera a metodologia utilizada adequada e interativa? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei/Não quero responder

3. Como avalia o desempenho da mestranda?

Marcar apenas uma oval.

- Insuficiente
- Razoável
- Bom
- Muito Bom
- Excelente

4. Considera que com a apresentação do tema ficou mais consciencializado para a utilização das novas tecnologias em Enfermagem, mais especificamente na Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sei/Não quero responder

5. Sugestões/Comentários/Outros *



APÊNCICE XXXVI – Respostas dos enfermeiros ao instrumento de avaliação da sessão (neonatologia)

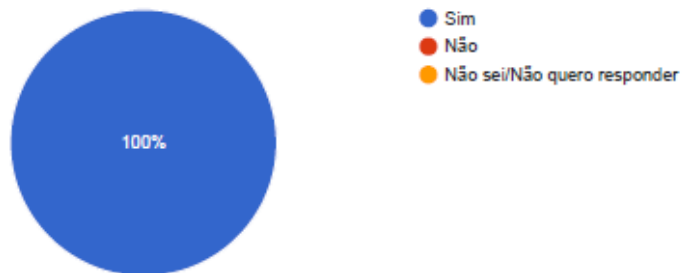
"Importância do Enfermeiro Especialista na Promoção da Saúde da Criança e Jovem na Era Digital"

3 respostas

[Publicar estatísticas](#)

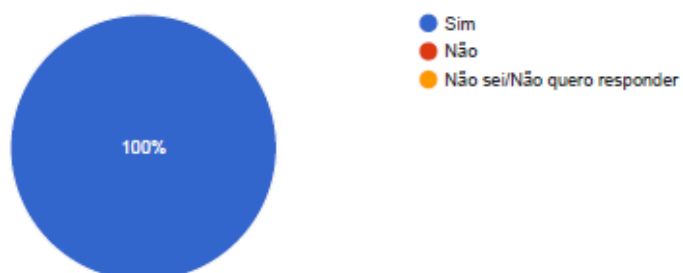
Considera o tema apresentado pertinente e atual?

3 respostas



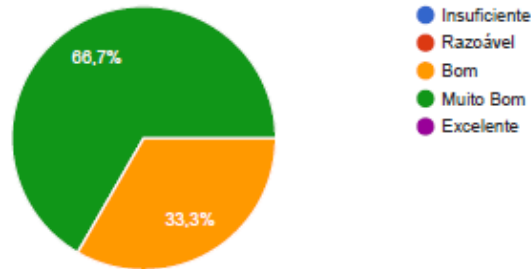
Considera a metodologia utilizada adequada e interativa?

3 respostas



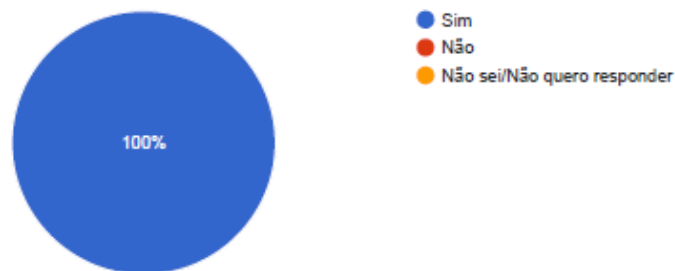
Como avalia o desempenho da mestrandanda?

3 respostas



Considera que com a apresentação do tema ficou mais consciencializado para a utilização das novas tecnologias em Enfermagem, mais especificamente na Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica?

3 respostas



Sugestões/Comentários/Outros

3 respostas

<vazio>

As novas tecnologias são sempre uma mais valia, contudo têm algumas desvantagens. Temos sempre de ter em conta a população alvo, mas se forem bem utilizadas podem fazer a diferença nos nossos cuidados.

APÊNCICE XXXVII – Folheto “Play from 0 to 12 M – A Guide to Families” (USF)

At 9M

- Offer different toys and further away from him/her, to encourage positioning
- Call objects by names and teach how to put in and out of the box
- Offer paper for kneading and tearing
- Experiment objects of different textures
- Place objects on top of a chair and encourage him/her to stand upright, always with supervision
- Offer 2 objects for the hand and then offer a 3rd object for him/her to solve the "problem"
- Play hide-and-seek
- Play the "peek-a-boo" (show and hide your face) and repetition games (clap, wave)

He/She will develop **FITTING, STACKING, PUTTING/TAKING AND TEARING DOWN!**



Playing is a family moment, full of cuddling, love and smiles!

At 12M

- Stimulate the crawling and/or walk - toys to move, push
- Act calmly to tantrums - starts the period of "no", aggressiveness and tantrums
- Encourage meal-time autonomy - to pick up his/her cup, spoon
- Toys with sounds, lights and musical instruments
- Play with the human body - identify some parts of the body
- Fitting games
- Moments of reading - acquisition of books appropriate to his/her age
- Offer a sheet of paper and a pencil - allow him/her to perform scribbles
- Stimulate simple orders ("give", "goodbye")

Reinforces **FITTING, STACKING, LAYING DOWN AND** develop **PUSH and OPEN/CLOSE!**



[Redacted]	
Address:	Phone number: [Redacted]
[Redacted]	Mail: [Redacted]

Playing from 0 to 12 M

A Guide to Families

To play is to know the world, to gain new experiences and knowledge.



Those who care must support the baby to develop, to know the world!

From 0 to 2 M

- Hold him/her to your lap
- Talk, speak in a sweet tone, smile, look eyes in the eyes
- Singing - lullabies, soft instrumental music
- Move colorful objects and hang them near his/her face
- Produce soft sounds with rattles and music boxes
- Gentle massage of the body, calmly, do not exceed 20 min
- Avoid hyperstimulant environments
- When awake, the baby can be in all positions

Can purchase a swinging chair, baby activity play mat and gym and/or baby crib mobile.

We will help him/her develop the senses of **SEEING AND LISTENING!**



From 3 to 4 M

- Interact with the baby... speak, use mime, imitate the sound of objects or musical instruments
- Listen to music, sing, dance in a quiet rhythm with the baby on your lap
- Offer objects to hold, place suspended objects so he/she can follow
- Try to lift the baby slowly by the arms, as if to sit him/her

It will reinforce the senses of **SEEING AND LISTENING** and learning the **TOUCH AND**



Never leave your baby on high surfaces (bed, sofa, among others!)

Play...
Every child has his/her rhythm!

Caution: You should choose toys that are washable and suitable for your child's age!

At 6 M

- Throughout the day, interact with the baby, encourage him to produce new sounds with his mouth, talk and dance
- Put him/her on a rug and encourage him/her to roll around and pick up toys that are further away
- Sit the baby with support so he/she can observe the environment around it
- Offer washable toys such as a medium ball or cubes of bright colour and round edges and stimulate to move from one hand to another and tighten
- Place the baby in front of a mirror and provide play with the interaction



We will support him/her in the stages of **COPY, GRAB, TAKE TO MOUTH and JABBER/TALK!**

APÊNCICE XXXVIII – Vídeo “Desenvolvimento infantil – Dos 0 aos 12 meses” (USF)



SCRIPT

“Desenvolvimento infantil – Dos 0 aos 12 meses”

Das 4 às 6 semanas

O que esperar:

- Levanta a cabeça quando está de barriga para baixo;
- Segue um objeto pendurado a 20-25cm;
- Pára e pode olhar para o som (sineta, roca ou voz) a 15cm do ouvido;
- Fixa a cara da mãe quando o alimenta;
- Sorri às 6 semanas;
- Chora quando desconfortável;
- Emite sons guturais quando satisfeito.

Sinais de alerta:

- Nunca segue a face humana;
- Não vira os olhos/a cabeça para o som;
- Não fica em alerta.

Como promover o desenvolvimento:

- Pegar ao colo, olhar nos olhos e embalar;
- Falar e cantar com tom suave – pode utilizar músicas com instrumentos;
- Chamar o bebé pelo nome;
- Mover suavemente um objeto vermelho a 20 cm do bebé;
- Deve evitar lugares com muitos estímulos.

3 meses

O que esperar:

- Apoia-se nos antebraços quando está de barriga para baixo;
- Coloca as mãos abertas junto ao peito e brinca com elas;
- Segura por curtos períodos um objeto e leva à cara;
- Segue um objeto e aponta os dois olhos para o nariz (estrabismo convergente);
- Vira-se para os sons;
- Sorri quando vê um rosto familiar;

Sinais de alerta:

- Não controla a cabeça nem segue objetos;
- Não sorri;
- Braços e pernas contraídos/poucos movimentos;
- Chora e grita ao toque.

Como promover o desenvolvimento:

- Falar com o bebé e imitar sons;
- Colocar músicas e dançar suavemente com o bebé ao colo;
- Mudar o bebé de posição com frequência;
- Oferecer brinquedos para ele segurar (ver idade recomendada na embalagem).

6 meses

O que esperar:

- Apoia-se nas mãos quando está de barriga para baixo;
- Quando se agarra nas mãos faz força para se sentar;
- Senta-se sem apoio;
- Leva objetos à boca e muda de uma mão para a outra;
- Esquece o objeto quando ele cai;
- Vira-se para os sons a 45cm e vocaliza;
- Dá gargalhadas e é ativo, atento e curioso.

Sinais de alerta:

- Não controla a cabeça;
- Não olha nem pega no objeto;
- Não reage a sons nem vocaliza;
- Irritabilidade e desinteresse pelo meio à volta.

Como promover o desenvolvimento:

- Interagir com o bebé e estimular a imitar sons;
- Sentar o bebé com apoio e oferecer brinquedos de cores vivas e diferentes formas (ver idade recomendada na embalagem);
- Incentivar a mudar o objeto de uma mão para a outra;
- Colocar o bebé num tapete e incentivar a ir pegar os objetos mais longe;
- Evitar situações que causem frustração;
- Promover ritual do sono.

9 meses

O que esperar:

- Senta-se sem apoio;
- Põe-se de pé com apoio;
- Leva tudo à boca;
- Atira os objetos para o chão e procura-os;
- Fica atento aos sons;
- Repete sílabas e sons;
- Mastiga;
- Reconhece os familiares e reage a estranhos.

Sinais de alerta:

- Não se senta;
- Não pega nos objetos nem os leva à boca;
- Não reage a sons;
- Não se relaciona com as pessoas familiares;
- Engasga-se muitas vezes.

Como promover o desenvolvimento:

- Colocar os objetos mais longe e em cima de cadeiras para o bebé ir buscar e se levantar;
- Ensinar os nomes dos objetos e os sons dos animais;
- Oferecer objetos com texturas e deixar explorar (amassar papel, etc.);
- Brincar ao “esconde” e usar jogos repetitivos (bater palmas, acenar, etc.);

- Utilizar o “não” e não ceder.

12 meses

O que esperar:

- Levanta-se e fica sentado com equilíbrio;
- Gatinha;
- Põe-se de pé e baixa-se apoiado numa mão;
- Explora os objetos, atira-os e procura os objetos escondidos;
- Observa tudo à sua volta e responde pelo nome;
- “Conversa” muito apesar de não se perceber;
- Bebe pelo copo e segura na colher;
- Colabora nas atividades e é carinhoso.

Sinais de alerta:

- Não fica de pé, não muda de posição nem se move;
- Não brinca, não responde à voz nem olha para os objetos/pessoas.
- Não mastiga.

Como promover o desenvolvimento:

- Promover atividades motoras (empurrar objetos, etc.);
- Permitir que a criança explore o ambiente, com supervisão;
- Dar ordens simples e reforçar positivamente no final;
- Promover que a criança diga o que quer em vez de apontar;
- Ter calma nos momentos de birra e promover regras e limites, cumprindo sempre as promessas.

Fim

Cada criança demora o seu tempo a conseguir ganhar as competências. Em caso de dúvida contacte o seu Enfermeiro e/ou Médico de Família da USF [REDACTED]

“As crianças de hoje são os líderes do amanhã e a educação é a arma mais importante para preparar as crianças para os seus futuros papéis de líderes da comunidade.”

(traduzido do original de Nelson Mandela - África do Sul, fevereiro 1990)

Trabalho realizado pela Enfermeira Ana Isabel Lopes, estudante n.º 192020038 do Curso de Mestrado Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Sr.ª Enfermeira Especialista e Mestre [REDACTED] e da Exma. Sr.ª Professora Doutora Sílvia Caldeira.

APÊNCICE XXXIX – Vídeo “Child Development – From to 12 months” (USF)



SCRIPT

Child development - From 0 to 12 months

From 4 to 6 weeks

WHAT TO EXPECT:

- Raise his/her head when he/she is on his/her stomach;
- Follows an object hanging at 20-25cm;
- Stops and can look at the sound (bell, rattle or voice) 15cm from the ear;
- Focus on the mother's face when feeding him/her;
- Smile at 6 weeks;
- Cries when uncomfortable;
- Emits throaty sounds when satisfied.

WARNING SIGNS:

- Never follows the human face;
- Do not turn his/her eyes/head to the sound;
- Doesn't stay alert.

HOW TO PROMOTE DEVELOPMENT:

- Hold on to your lap, look into his/her eyes and cradle;
- Speak and sing with a soft tone - you can use songs with instruments;
- Call the baby by name;
- Gently move a red object 20 cm from the baby;
- You should avoid places with a lot of stimuli.

3 months

WHAT TO EXPECT:

- Rests on the forearms when he/she is on his/her stomach;
- Put his/her hands open by his/her chest and plays with them;
- Holds for short periods an object and brings it to the face;
- Follows an object and points both eyes to the nose (convergent strabismus);
- Turns to the sounds;
- He/she smiles when seeing a familiar face;

WARNING SIGNS:

- Does not control the head and does not follow objects;
- Doesn't smile;
- Contracted arms and legs/few movements;
- Cry and scream to the touch.

HOW TO PROMOTE DEVELOPMENT:

- Talk to the baby and imitate sounds;
- Put on music and dance gently with the baby on your lap;
- Change the baby position frequently;
- Offer toys for him/her to hold (see recommended age on the packaging).

6 months

WHAT TO EXPECT:

- Rests on his/her hands when he/she is on his/her stomach;
- When you hold on to his/her hands, he/she force himself/herself to sit down.
- Sits without support;
- Take objects to the mouth and change from one hand to the other;

- Forget the object when it falls;
- Turns to sounds at 45cm and vocalizes;
- Gives laughs and is active, attentive and curious.

WARNING SIGNS:

- Does not control the head;
- Does not look or take the object;
- Does not react to sounds or vocalizes;
- Irritability and disinterest in the surroundings.

HOW TO PROMOTE DEVELOPMENT:

- Interact with the baby and stimulate to imitate sounds;
- Sit the baby with support and offer toys of bright colors and different shapes (see age recommended on the packaging);
- Encourage to change the object from one hand to the other;
- Place the baby on a carpet and encourage him/her to go get the objects further away;
- Avoid situations that cause frustration;
- Promote sleep ritual.

9 months

WHAT TO EXPECT:

- Sits without support;
- Stand up with support;
- Takes everything to his/her mouth;
- Throws the objects on to the ground and looks for them;
- Keeps an eye on the sounds;
- Repeats syllables and sounds;
- Chews;
- He/She recognizes family members and reacts to strangers.

WARNING SIGNS:

- Doesn't sit down;
- Does not pick up the objects or take them to the mouth;
- Does not react to sounds;
- Does not relate to family members;
- He chokes a lot.

HOW TO PROMOTE DEVELOPMENT:

- Place the objects farther away and on top of chairs for the baby to pick up and get up;
- Teach the names of objects and the sounds of animals;
- Offer objects with textures and let explore (kneading paper);
- Play peekaboo and play games (clapping, waving, etc.);
- Say "no" and not give in.

12 months

WHAT TO EXPECT:

- Gets up and sits with balance;
- Crawls;
- Stands up and lower himself/herself on one hand;
- Explores the objects, throws them and searches for hidden objects;
- Observes everything around him/her and answers by name;
- "Talks" a lot despite not realizing it;
- Drinks through the cup and holds on to the spoon;
- Collaborates in the activities and is affectionate.

WARNING SIGNS:

- Does not stand, change position or move;
- Does not play, respond to voice or look at objects / people.
- He/She doesn't chew.

HOW TO PROMOTE DEVELOPMENT:

- Promote motor activities (pushing objects, etc.);
- Allow the child to explore the environment, with supervision;
- Give simple orders and strengthen/reinforce positively in the end;
- Promote the child to say what he wants instead of pointing;
- Take it easy in the moments of tantrum and promote rules and limits, always keeping promises.

The End

Each child takes time to gain the skills. If in doubt, contact your Nurse and/or Family Doctor of the USF [REDACTED]

"Children of today are the leaders of tomorrow and education is a very important weapon to prepare children for their future roles as leaders of the community."
(Nelson Mandela - South Africa, February 1990)

Work carried out by Nurse Ana Isabel Lopes, student no. 192020038 of the Professional Master's Course with Specialization in Child and Pediatric Health Nursing, at Universidade Católica Portuguesa, under the guidance of Mrs. Specialist Nurse and Master [REDACTED] and PhD Professor Silvia Caldeira.

**APÊNCICE XL – E-mail enviado à Mesa do Colégio da Especialidade de
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Ordem dos Enfermeiros (USF)**

APÊNCICE XLI – E-mail enviado à Exma. Sr.^a Coordenadora e aos Exmos. Srs. do Conselho Técnico do ACES (USF)

Apresentação do projeto de estágio - Ana Isabel Lopes

De: Ana Isabel Lopes

Para: claudia.duarte

quinta, 20 mai 2021 12:44

Responder

Exmos. Srs.

Eu, Ana Isabel Fonseca Lopes, enfermeira com o número da OE [REDACTED] a realizar o estágio no âmbito do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na USF [REDACTED] desde 19 de abril e com término previsto a 04 de junho, sob orientação da Enfermeira Especialista e Mestre [REDACTED] venho por este meio dar-vos a conhecer o meu projeto de estágio.

Após um diagnóstico de situação e de definição de prioridades ficou claro a necessidade da realização de ensinios de educação para a saúde aos pais/pessoa significativa no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida. Neste sentido, e com intuito de chegar à população inscrita na USF, aproveitando todos os momentos de contacto, surge a construção de um vídeo informativo sobre o tema (posteriormente a ser traduzido também para inglês para maior abrangência populacional), o qual pode consultar no seguinte link:

[REDACTED]

Com o objetivo de promover o meu trabalho e de que este seja útil na Educação para a Saúde da população e promoção de comportamentos de Saúde, seria relevante que este fosse exibido nas televisões da Sala de Espera da USF [REDACTED]

Mais informo que o vídeo foi enviado para a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Ordem dos Enfermeiros, com o intuito de solicitar apoio no âmbito do grupo de investigadores da área para validação e creditação do mesmo.

Agradeço desde já a vossa disponibilidade estando disponível para qualquer informação adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Isabel Lopes

APÊNCICE XLII – E-mail enviado ao Exmo. Sr. Diretor do ACES (USF)

De: Ana Isabel [REDACTED]

Enviado: 26 de maio de 2021 08:07

Para: [REDACTED] | USF [REDACTED]

Assunto: Apresentação do projeto de estágio - Ana Isabel Lopes

Exmo. Sr. Diretor do ACES [REDACTED]

Eu, Ana Isabel Fonseca Lopes, enfermeira com o número da OE [REDACTED] a realizar o estágio no âmbito do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na USF [REDACTED] desde 19 de abril e com término previsto a 04 de junho, sob orientação da Enfermeira Especialista e Mestre [REDACTED] venho por este meio apresentar-lhe o meu projeto de estágio.

Após um diagnóstico de situação e de definição de prioridades ficou claro a necessidade da realização de ensinios de educação para a saúde aos pais/pessoa significativa no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida. Neste sentido, e com intuito de chegar à população inscrita na USF aproveitando todos os momentos de contacto, surge a construção de um vídeo informativo sobre o tema (posteriormente a ser traduzido também para inglês para maior abrangência populacional), o qual pode consultar no seguinte link: [REDACTED]

Nesta forma, e com o objetivo de promover o meu trabalho e de que este seja útil na divulgação da informação à população, venho assim solicitar-lhe a sua autorização para divulgação do mesmo nas televisões da Sala de Espera da USF [REDACTED].

Mais informo que o vídeo foi enviado para a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Ordem dos Enfermeiros, com o intuito de solicitar apoio no âmbito do grupo de investigadores da área para validação e creditação do mesmo.

Agradeço desde já a sua disponibilidade estando disponível para qualquer informação adicional.

Com os melhores cumprimentos,
Ana Isabel Lopes

**APÊNCICE XLIII – E-mail enviado ao Gabinete de Imagem e Comunicação do ACES
(USF)**

Vídeo desenvolvimento infantil - [REDACTED]

De: Ana Isabel [REDACTED]

Para: [REDACTED]

quarta, 17 nov 2021 17:59

Boa tarde.

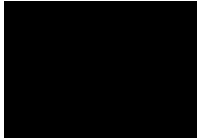
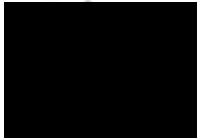
Tal como solicitado deixo em seguida o link (dado o tamanho dos ficheiros) para acesso aos conteúdos utilizados na construção do vídeo, no âmbito do meu projeto de estágio do Mestrado e Especialidade:

Mais informo que os vídeos foram criados no programa Movavi Vídeo Editor 2021, adquirido por mim na altura para a realização dos mesmos.

Estou disponível para reunião, se necessário, ou para qualquer esclarecimento adicional/ajuda para finalizar este projeto e divulgá-lo à população alvo.


Atenciosamente,
Ana Isabel Lopes

APÊNCICE XLIV – Plano da sessão de formação (USF)




Plano de Sessão

TÍTULO: “Importância do Enfermeiro Especialista na Promoção do Desenvolvimento Infantil 0-12 meses – Projeto Individual de Aprendizagem”;


DESTINATÁRIOS: Equipa de enfermagem e equipa médica da USF 

DATA: 28-05-2021 às 13horas, com replicação a 02-06-2021 às 14horas;

DURAÇÃO: 30 minutos;

LOCAL: USF 

FORMADORA: Enf.ª Ana Isabel Lopes (estudante do mestrado com especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica);

OBJETIVO GERAL: Apresentar o projeto de estágio desenvolvido na USF  entre 19 de abril e 4 de junho de 2021;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Consciencializar para a promoção do desenvolvimento infantil;
- Partilhar as dificuldades durante o processo.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Participação de mais de 50% dos destinatários;
- Preenchimento de pelo menos 75% dos questionários distribuídos.

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
Introdução	Apresentação do formador e do projeto Objetivos Sumário	Expositiva	Computador PowerPoint® Projektor	3 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica - Desenvolvimento infantil <ul style="list-style-type: none"> • Neuroplasticidade; • Períodos sensíveis; • Níveis de desenvolvimento; • Teóricos; • Mary Sheridan; - Atividades realizadas <ul style="list-style-type: none"> • Folheto traduzido • Vídeo • Avaliação • Dificuldades sentidas 	Expositiva	Computador PowerPoint® Publisher® Programa de vídeo Projektor	4 min
				4 min
				4 min 2 min 8 min
Conclusão	- Conclusões retiradas - Discussão: dúvidas e sugestões	Expositiva	Computador PowerPoint Projektor	5 min

APÊNCICE XLV – Sessão de formação “Importância do Enfermeiro Especialista na Promoção do Desenvolvimento Infantil 0-12 meses – Projeto Individual de Aprendizagem” (USF)

Importância do Enfermeiro Especialista na Promoção do Desenvolvimento Infantil 0-12 meses

- Projeto individual de aprendizagem-



Elaborado por: Enfermeira Ana Isabel Fonseca Lopes

Orientadora: Enfermeira [REDACTED]

Prof. Orientadora: Prof.ª Doutora Sílvia Caldeira

Objetivos

- Apresentar o projeto de estágio desenvolvido na USF [REDACTED] entre 19 de abril e 4 de junho de 2021;
- Consciencializar para a promoção do desenvolvimento infantil;
- Partilhar as dificuldades durante o processo.

Sumário

- Introdução
- Desenvolvimento infantil
- Atividades realizadas
 - Avaliação
 - Dificuldades sentidas
- Conclusão

Introdução



Bibliografia
 Carvalho, E. C., Oliveira-Kumakura, A. P. S., & Morab, S. C. P. V. (2017). Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 470-476.
 Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 422/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário Da República, 2ª série (133), 19192-19194. <https://www.ordem.enfermeiros.pt/mec/ea/5733/infan.pdf>
 Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019 Regulamento: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2ª série (26), 4744-4750. <https://www.ordem.enfermeiros.pt/mec/ea/10778/4474404750.pdf>

Desenvolvimento infantil

- O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico onde ocorre crescimento, transformações, aprendizagens e aquisição de competências.



Bibliografia
 Comissão Científica do Núcleo Clínicia Pela Infância. (2014). Estudo no 1: O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem. <http://www.nucel.org.br>
 Reis, A., Fekken, K. M., & Palica, L. (2007). Neuroplasticidade - O efeito de aprendizagens específicas no cérebro humano. In Universidade do Algarve (Ed.), *Temas actuais em Psicologia* (pp. 11-26). https://www.researchgate.net/profile/Alexandra_Reis/publication/358995080_Neuroplasticidade_O_efeito_de_aprendizagens_especificas_no_cerebro_humano/links/57222a20a5ee71c83d3e07.pdf
 Sharma, A., & Cockrell, H. (2014). *Mary Sheridan's From Birth to Five Years* (4th). Routledge.
 Vilaya, S., & Ramos, M. (2020). O Recém-nascido. In A. L. Ramos & M. da C. Barbeiro-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (3rd ed., pp. 105-115).

Desenvolvimento infantil

- O desenvolvimento infantil é um fenómeno trabalhado desde o início do séc. XX por vários autores, que desenvolveram as suas teorias: Freud (1910, 1987), Erikson (1946), Pavlov (1951), Skinner (1986), Watson (1913), Piaget (1962), Kohlberg (1958), Bowlby (1957, 1991) e Vygotsky (1965).



Mary Sheridan



S Clinic

Bibliografia
 Direcção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direcção-Geral da Saúde, https://doi.org/10.1007/978-3-0300-4089-2_20
 Pinto, M. (2007). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(6), 477-487. https://doi.org/10.32388/rpmg/v25n6_10824
 Sharma, A., & Cockrell, H. (2014). *Mary Sheridan's From Birth to Five Years* (4th). Routledge.

Desenvolvimento infantil

Nola Pender

Modelo da Promoção da Saúde

Procura de comportamentos de saúde

Fatores:

- Características e experiências pessoais
- Fatores cognitivos e de afetação de comportamento

"Risk for delayed child development"
(NANDA-I 2021-2023)

Exposição a stress tóxico

Bibliografia
Comitê Científico do Núcleo Ciência Pedia Infância. (2020). Edição Especial: Repensando sobre a Pandemia de COVID-19 no Desenvolvimento Infantil. 41. <http://www.nccpi.org.br>
Hardman, T. H., Kamitani, S., & Lopes, C. T. (2021). Nursing Diagnosis: Definitions and Classification, 2021-2023 [NANDA International Inc. (ed.); 12th ed.]. Thieme
Sakurada, T. J. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. In A. M. Torney & M. R. Allgood (Eds.), Teóricas de Enfermagem e a Sua Obita - Modelos e Teorias de Enfermagem (5a. pp. 699-713). Lusociência.

Atividades realizadas

Consulta de enfermagem

- Avaliação do recém-nascido;
- Diagnóstico Precoce;
- Avaliação do crescimento – Tabelas de Percentis;
- Avaliação do desenvolvimento – Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada;

Folheto informativo

- Brincar dos 0-12 meses:
 - Versão em português - aguarda aprovação;
 - Tradução para inglês.

Vídeo

- Vídeo em português e em Inglês a ser exibido na Sala de Espera da USF:
 - Creditação pela Mesa do Colégio de Especialidade da OE;
 - Validação pela Sr.ª Coordenadora e Conselho Técnico da USF;
 - Autorização do Exmo. Sr. Diretor do ACES.

Avaliação

Questionário aos pais

Este questionário é destinado à avaliação da percepção dos pais sobre a consulta de enfermagem de saúde infantil e pretende ser aplicado em 2023. Tem como objetivo avaliar o impacto percebido nos cuidados de saúde infantis e pretende, para a enfermagem que está a realizar a avaliação de especialidade, o preenchimento do questionário demora menos de 5 minutos. É facultativo e anónimo. Deve assinalar apenas uma resposta, por favor.

Agradecemos desde já a sua participação.

1) Tem conhecimento sobre a importância do desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida?

Sim
 Não
 Não sei/Não quero responder

2) Tem conhecimento sobre o que esperar do comportamento do seu filho na idade atual (correr, cantar ao cantar, seguir objetos, etc.)?

Sim
 Não
 Não sei/Não quero responder

3) Achas que a prevenção/conhecimento afeta o desenvolvimento do seu filho?

Sim
 Não
 Não sei/Não quero responder

4) Costuma estimular o seu filho com brinquedos adequados à idade?

Sim
 Não
 Não sei/Não quero responder

5) Achas importante a enfermagem fazer sobre o desenvolvimento da criança no contexto de enfermagem de saúde infantil?

Sim
 Não
 Não sei/Não quero responder

6) A enfermagem encoraja os conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança?

Sim
 Não
 Não sei/Não quero responder

7) A enfermagem utiliza linguagem clara e simples sobre como estimular a criança a promover o seu desenvolvimento?

Sim
 Não
 Não sei/Não quero responder

8) Achas importante a entrega de um folheto informativo com as informações "brincar na infância"?

Sim
 Não
 Não sei/Não quero responder

9) Achas importante passar um vídeo na sala de espera sobre este tema?

Sim
 Não
 Não sei/Não quero responder

10) Sugere(s) Comentário(s):

Se preferir pode fazer o questionário on-line através do link: _____
(em anexo ao QR Code)

Total de questionários entregues
13 (100%)

Total de questionários respondidos em papel
9 (69%)

Total de questionários respondidos online
0 (0%)

Total de questionários não respondidos
4(31%)

Avaliação

1) Tinha conhecimento sobre a importância do desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida?	100% Sim 0% Não
2) Tinha conhecimento sobre o que esperar do comportamento do seu filho na idade atual (sorrir, sentar-se, palrar, seguir objetos, etc.)?	100% Sim 0% Não
3) Acha que a pandemia/confinamento alterou o desenvolvimento do seu filho?	11% Sim 89% Não
4) Costuma estimular o seu filho com brinquedos adequados à idade?	100% Sim 0% Não
5) Acha importante a enfermeira falar sobre o desenvolvimento da criança na consulta de enfermagem de saúde infantil?	100% Sim 0% Não
6) A enfermeira mostrou ter conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança?	100% Sim 0% Não
7) A enfermeira usou linguagem clara e simples sobre como estimular a criança e promover o seu desenvolvimento?	100% Sim 0% Não
8) Acha importante a entrega de um folheto informativo com as informações faladas na consulta?	100% Sim 0% Não
9) Acha importante passar um vídeo na sala de espera sobre este tema?	56% Sim 44% Não

Dificuldades sentidas

- Reorganização da USF devido à pandemia atual do país;
- Diminuição da atividade assistencial;
- Preenchimento voluntário dos questionários;
- Obtenção de resposta por parte da Ordem dos Enfermeiros.

Conclusão



- Uma mudança paradigmática, destaca um maior interesse na qualidade de vida e conseqüentemente uma maior importância na promoção da saúde;
- O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica desempenha um papel importante na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil saudável;
- Desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista.

Bibliografia

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento no 422/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário Da República. Zésere (133), 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32336/ordem.pdf>

Sakrôkida, T. J. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. In A. M. Tomey & M. B. Allgood (Eds.), Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e Teóricas de Enfermagem (5a. pp. 699-715). Lusociência.

Fim!!



Obrigada pela
vossa atenção e
disponibilidade.

APÊNCICE XLVI – Instrumento de avaliação da sessão de formação (USF)

Questionário para os Profissionais de Saúde

Este questionário é destinado aos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) da USF [REDACTED]. Tem como objetivo avaliar o trabalho realizado na USF, pela enfermeira que está a realizar o estágio de especialidade. O preenchimento do questionário demora entre 5-10 minutos. É facultativo e anónimo. Deve assinalar apenas uma resposta, por favor.

Agradeço desde já a sua participação.

- 1) O desenvolvimento infantil é uma preocupação demonstrada pelos pais de recém-nascidos e lactentes, na consulta?
 - a) Sim
 - b) Não
 - c) Não sei/Não quero responder

- 2) Considera que os pais de recém-nascidos e lactentes têm conhecimentos suficientes sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida?
 - a) Sim
 - b) Não
 - c) Não sei/Não quero responder

- 3) Considera que o confinamento por COVID-19 prejudicou o desenvolvimento infantil dos recém-nascidos e lactentes?
 - a) Sim
 - b) Não
 - c) Não sei/Não quero responder

- 4) Considera importante que a enfermeira promova ensinamentos sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, na consulta de enfermagem de saúde infantil e pediátrica?
 - a) Sim
 - b) Não
 - c) Não sei/Não quero responder

(CONTINUA)

Enfermeira Ana Isabel Lopes, estudante nº 192020038 do Curso de Mestrado Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

5) Considera importante a disponibilização de um folheto informativo sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei/Não quero responder

6) Considera importante a criação de um vídeo sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, para passar na sala de espera da USF?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei/Não quero responder

7) Como avalia o trabalho desenvolvido pela Enfermeira estudante da Especialidade:

8) Sugestões/Comentários:

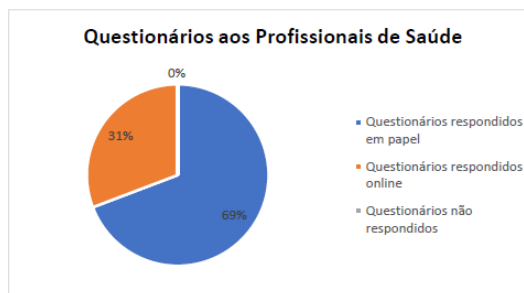
Se preferir pode fazer o preenchimento on-line através do link:
[Redacted] ou através do QR Code:



APÊNDICE XLVII – Respostas dos profissionais de saúde ao instrumento de avaliação da sessão de formação (USF)

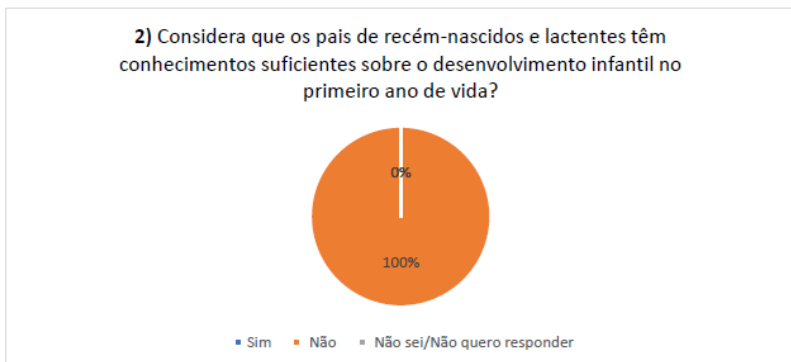
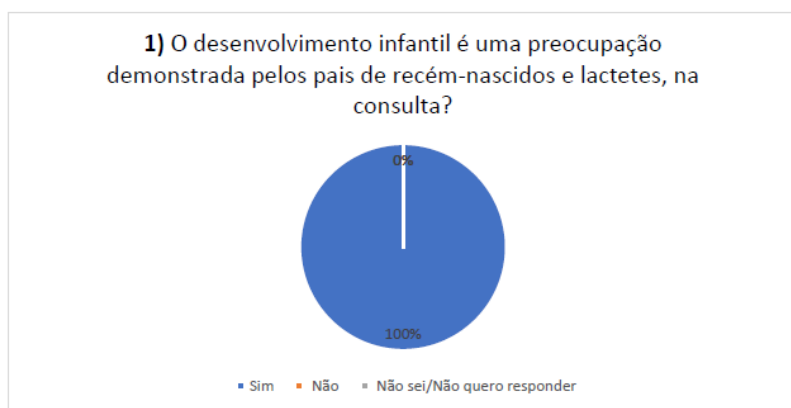
Questionário dos profissionais de saúde

Descrição	Total
Total questionários	13
Total questionários respondidos em papel	9
Total questionários respondidos online	4
Total questionários não respondidos	0

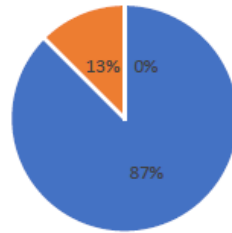


Pergunta	Resposta 1	Resposta 2	Resposta 3	Resposta 4	Resposta 5	Resposta 6	Resposta 7	Resposta 8
1	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
3	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
4	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
6	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Pergunta	Resposta 9	Respostas online					TOTAL		
1	Não sei/Não quero responder	Sim	Sim	Sim	Sim		8	0	0
2	Não	Não	Não	Não	Não		0	8	0
3	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	7	1	0
4	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	8	0	0
5	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	8	0	0
6	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	8	0	0

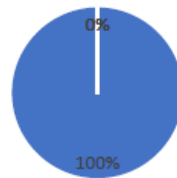


3) Considera que o confinamento por COVID-19 prejudicou o desenvolvimento infantil dos recém-nascidos e lactentes?



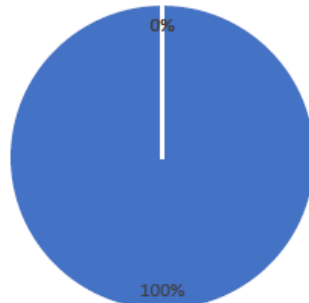
■ Sim ■ Não ■ Não sei/Não quero responder

4) Considera importante que a enfermeira promova ensinamentos sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, na consulta de enfermagem de saúde infantil e pediátrica?



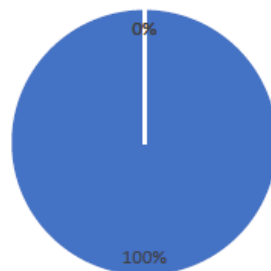
■ Sim ■ Não ■ Não sei/Não quero responder

5) Considera importante a disponibilização de um folheto informativo sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida?



■ Sim ■ Não ■ Não sei/Não quero responder

6) Considera importante a criação de um vídeo sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, para passar na sala de espera da USF?



■ Sim ■ Não ■ Não sei/Não quero responder

7) Como avalia o trabalho desenvolvido pela Enfermeira estudante de Especialidade

8)
Sugestões/Comentários

Resposta 1	"Apresenta domínio de conhecimentos sobre o tema apresentado."	-
Resposta 2	"Excelente, é uma mais valia e ajuda, na promoção da saúde. Obrigado"	-
Resposta 3	"A enf. Ana demonstrou capacidade de adaptação à equipa e ao serviço. O seu trabalho na área do desenvolvimento infantil revelou-se uma mais-valia para a equipa de enfermagem e para os utentes"	-
Resposta 4	"Um trabalho bem desenvolvido e inovador"	"Panfletos em outras línguas devido à multiculturalidade."
Resposta 5	"Trabalho muito produtivo para a USF. Muito interessada e disponível. Fez um trabalho muito interessante na unidade."	-
Resposta 6	"Foi das alunas da especialidade que mais impacto teve nas atividades da equipa da USF."	"Continuar"
Resposta 7	"Foi bem estruturado, bem apresentado, com interesse."	"Pode apresentar temas das outras idades"
Resposta 8	"Muito positivo"	"É uma mais valia os estágios de Enfermagem"
Resposta 9	"Muito bom"	-
Respostas online	"Parabéns pelo trabalho desenvolvido!" "Excelente" "Muito bom" "Excelente"	"Folhetos em várias línguas, p além das propostas." "Muito dedicada e assertiva"