



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Deteção precoce de alterações de desenvolvimento na
criança dos 0 aos 3 anos: o contributo do Enfermeiro
Especialista**

Bruno Ricardo Ferreira dos Santos Gomes



**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Deteção precoce de alterações de desenvolvimento na
criança dos 0 aos 3 anos: o contributo do Enfermeiro
Especialista**

Bruno Ricardo Ferreira dos Santos Gomes

Orientador: Prof^a Doutora Maria Isabel Dias da Costa Malheiro

**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Se consegues sonhar, consegues fazê-lo!”

Tom Fitzgerald

Agradecimentos

Ao Salvador, que me ensinou que o impossível é apenas uma palavra,

Ao Martim por me lembrar todos os dias do que é realmente importante,

À Sofia por todo o carinho, apoio, compreensão e paciência ao longo do percurso,
um farol constante nas águas turbulentas desta conquista,

Às crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias, por serem fonte
de inspiração e constante aprendizagem,

Às minhas colegas de caminhada, Mariana e Francisca, por todos os momentos de
desabafo, todas as revisões e toda a partilha ao longo do percurso,

À Professora Doutora Maria Isabel Malheiro por toda a orientação, disponibilidade e
motivação, principalmente nos momentos em que foi mais necessária,

A todas as orientadoras de estágio, que me acompanharam e guiaram em todos os
momentos de aprendizagem,

A toda a minha família e amigos, que compreenderam as minhas ausências durante
todo o processo,

A todos os colegas de trabalho, que sempre me apoiaram,

A todos, o meu profundo e sincero **Muito Obrigado!**

Resumo

O neurodesenvolvimento é um processo dinâmico, complexo, não-linear que, embora apresente etapas previsíveis e sequenciais, é vivido de forma diferenciada por cada pessoa. Considerando que os primeiros anos de vida constituem um período de múltiplas aquisições nas suas diferentes dimensões (Sharma et al., 2021), é também nesta fase da vida que se encontra maximizada a plasticidade cerebral (Papalia & Martorell, 2021).

A crescente prevalência de crianças com alterações de desenvolvimento demonstra a necessidade de identificar estratégias que permitam maximizar a detecção precoce destas alterações. Estas estratégias deverão ser desenvolvidas num modelo de Cuidados Centrados na Família, envolvendo uma verdadeira parceria com vista a uma resposta otimizada das necessidades de saúde da criança.

Considerando o Modelo Teórico das Transições de Afaf Meleis, as pessoas vivenciam várias transições ao longo do seu ciclo vital (Schumacher & Meleis, 2010), onde a intervenção do enfermeiro se revela facilitadora na vivência do processo de transição de desenvolvimento com sucesso, ao capacitar os pais para a gestão dos períodos críticos de desenvolvimento (Brazelton & Sparrow, 2003) mas também para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança.

O presente relatório pretende evidenciar o processo formativo de desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, bem como das competências necessárias à obtenção de grau de Mestre, ancorado numa metodologia de projeto e sustentado por uma prática reflexiva sustentada na evidência científica. Pretende-se explicitar a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e respetivas aprendizagens, com o objetivo da consolidação de uma prática de cuidados especializados verdadeiramente facilitadora das transições vivenciadas pelas crianças entre os 0 e os 3 anos com alterações de desenvolvimento e suas famílias - maximizando o seu potencial na avaliação e detecção precoce das alterações de desenvolvimento, mas também minimizando o impacto destas alterações na sua saúde e bem-estar.

Palavras-chave: Transtornos do Neurodesenvolvimento, Lactente, Pré-Escolar, Diagnóstico precoce, Enfermeiro Especialista

Abstract

Neurodevelopment is a dynamic, complex, non-linear process that, although it has predictable and sequential stages, is experienced differently by each person. Considering that the first years of life are a period of multiple acquisitions in different dimensions (Sharma et al., 2021), it is also at this stage of life that brain plasticity is maximized (Papalia & Martorell, 2021).

The increasing prevalence of children with developmental disorders demonstrates the need to identify strategies to maximize the early detection of these disorders. These strategies should be developed in a Family-Centred Care model, involving a true partnership to respond to the child's health needs optimally.

Considering Afaf Meleis' Theoretical Model of Transitions, people experience several transitions throughout their life cycle (Schumacher & Meleis, 2010), where the nurse's intervention proves to be a facilitating factor in the successful experience of the developmental transition process by capacitating parents to manage critical periods of development (Brazelton & Sparrow, 2003) but also to maximize the child's developmental potential.

This report aims to highlight the formative process of Pediatric Nurse Specialist competencies development and the competencies necessary to obtain a Master's degree. It is anchored in a project methodology and supported by a reflective practice based on scientific evidence. It describes the critical and reflexive analysis of the activities developed and respective learning to consolidate a specialized care practice that facilitates the transitions experienced by children between 0 and 3 years old with developmental disabilities and their families - maximizing their potential in the assessment and early detection of developmental impairments, but also minimizing the impact of these changes on their health and well-being.

Keywords: Neurodevelopmental Disorders; Infant; Child, Preschool; Early Diagnosis; Specialist Nurse

Lista Siglas e Abreviaturas

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

ELI – Equipa Local de Intervenção

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IPFCC - Institute for Patient- and Family-Centered Care

NACJR - Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUP - Serviço de urgência pediátrica (SUP)

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UN – Unidade de Neonatologia

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

Introdução	10
Parte I - Enquadramento Teórico	14
1. Neurodesenvolvimento: Um Processo Dinâmico, Complexo e Individual	14
2. Alterações do Neurodesenvolvimento: Impacto na Saúde Infantil	15
3. A Vigilância do Desenvolvimento: Sinais de Alarme	17
4. Teorias de Suporte à Intervenção de Enfermagem.....	20
4.1. Cuidados Centrados na Família	20
4.2. <i>Modelo Touchpoints</i> – Teoria de Suporte ao Desenvolvimento Infantil	22
4.3. Modelo Teórico das Transições de Afaf Meleis e o Desenvolvimento Infantil	24
Parte II - Percurso de Atividades e Aprendizagens Significativas	30
1. Metodologia.....	30
2. Dos objetivos e atividades ao desenvolvimento de competências.....	34
2.1. Atividades transversais a todos os contextos	35
2.2. Unidade de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)	36
2.3. Centro de Desenvolvimento.....	44
2.4. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)	49
2.5. Unidade de Neonatologia (UN)	55
2.6. Internamento de Pediatria Médica	61
3. Considerações finais e projetos futuros	66
Referências Bibliográficas	68

APÊNDICES

Apêndice I - Mapa conceptual

Apêndice II - Cronograma de Estágio

Apêndice III - Objetivos específicos, atividades e competências a desenvolver nos diferentes contextos de estágio

Apêndice IV - Cartaz Informativo e Base de Secretária: Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

Apêndice V - Folheto Sinais de Alarme no Desenvolvimento

Apêndice VI - Sessão de *Journal Club*: Análise do artigo “Siblings and Interventions: How Siblings Influence Development and Why Practitioners Should Consider Including Them in Interventions” (Beffel, Gerde & Nuttall, 2021)

Apêndice VII - Plano de Sessão de Formação em Serviço realizada no contexto de Serviço de Urgência Pediátrica: “Sinais de alarme no desenvolvimento infantil”

Apêndice VIII - Memorando dos sinais de alarme para detecção de alterações no desenvolvimento infantil

Apêndice IX - Reflexão Crítica: “A Prematuridade e o seu impacto no processo de desenvolvimento”

Apêndice X - Instrumento para identificação de necessidades formativas dos enfermeiros no âmbito da avaliação de desenvolvimento infantil

Apêndice XI - Plano de Sessão de Formação em Serviço realizada no contexto de Serviço de Internamento de Pediatria: “Sinais de alarme no desenvolvimento infantil”

Apêndice XII - Fatores que contribuem para a sinalização tardia da criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento: Um protocolo de revisão *scoping*

ANEXOS

Anexo I - Certificado de Formação Centro de Desenvolvimento

Anexo II - Certificado de Formação Serviço de Internamento

Anexo III - Submissão de revisão narrativa “Prematurity and its Impact on the development process: A Narrative Review” submetida a publicação na revista *Journal of Neonatal Nursing*

Introdução

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria e visa refletir sobre o percurso de desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à criança e família, nas diversas áreas de intervenção à criança, adolescente e família. Através de uma análise crítica, reflexiva e baseada na evidência, das experiências vivenciadas e das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, este relatório procura evidenciar a contribuição e importância das mesmas para o desenvolvimento de competências necessárias para a obtenção do grau de mestre (Decreto-Lei n.º65/2018), assim como para o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), através da aquisição e consolidação de competências comuns e específicas, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n.º140/2019; Regulamento n.º422/2018).

A escolha do tema deste relatório, intitulado **“Detecção precoce de alterações de desenvolvimento na criança dos 0 aos 3 anos: o contributo do Enfermeiro Especialista”**, emergiu da minha experiência enquanto enfermeiro em contexto hospitalar, na qual me deparei, ao longo dos anos, com um vasto número de crianças com idades entre os 0 e os 3 anos, que apresentavam sinais de alarme de alterações de desenvolvimento sem terem sido identificadas ou sinalizadas. Com a consciência, enquanto profissional de saúde, de que a avaliação de desenvolvimento não deve ser desenvolvida em contexto de doença, foi comum perceber, que na generalidade estas crianças já apresentavam os referidos sinais antes do internamento. Este facto, associado à não referência destas crianças no momento da alta, despertou em mim a necessidade de estudar, refletir e analisar criticamente este problema e procurar respostas, consciente da importância que a intervenção precoce tem nestas situações, particularmente nos primeiros três anos de vida, período de maior neuroplasticidade e se pode otimizar essa intervenção, maximizando o seu potencial de desenvolvimento.

Aliado a essa experiência profissional, o facto de ser pai de uma criança com perturbações de desenvolvimento cujo diagnóstico e acompanhamento foi iniciado somente ao 4º ano de vida foi também um fator contribuinte para a escolha desta problemática como foco de intervenção no percurso de desenvolvimento das competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de EEESIP. O atraso

no diagnóstico associado à pouca valorização das preocupações dos pais, ao longo do desenvolvimento do seu filho, despoletou a necessidade de explorar através da evidência disponível, os fatores que estão na origem do atraso na sinalização. E ainda identificar quais as estratégias e intervenções que o EEESIP poderá mobilizar com vista à deteção precoce de alterações de desenvolvimento, na criança dos 0 aos 3 anos.

O crescente aumento do número de casos de crianças com alterações de desenvolvimento a nível mundial pode ser considerado um problema de saúde relevante. Segundo Gil et al. (2020), 25% das crianças, a nível global, tem suspeita de atraso de desenvolvimento, sendo que na Europa os valores situam-se nos 10%. Os dados da Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (2018) revelam que em 2016 8,4% das crianças com menos de 5 anos apresentavam problemas de desenvolvimento. Tendo em conta estes elevados índices de prevalência, é importante destacar que o rastreio regular do neurodesenvolvimento permite detetar crianças com alterações em idades mais precoces, antecipando a intervenção adequada e minimizando as sequelas a longo prazo (Vitrikas et al., 2017). Deste modo, a intervenção do enfermeiro na deteção precoce de alterações de desenvolvimento é fundamental, não só pela responsabilidade que tem na vigilância de Saúde Infantil ao nível dos cuidados de saúde primários, como pelo contacto privilegiado que tem com a criança nos seus múltiplos contextos de atendimento nos serviços de saúde. Esta deteção atempada de sinais de alarme no desenvolvimento da criança irá otimizar a resposta aos possíveis transtornos de desenvolvimento existentes, permitindo minimizar o impacto causado por estes na criança, maximizando o seu potencial de desenvolvimento.

Assim, urge consciencializar e capacitar os enfermeiros e pais da importância de estarem despertos para os sinais de alarme de desenvolvimento da criança e da sua deteção o mais precoce possível, para que a intervenção sobre possíveis alterações seja também ela realizada o mais precocemente possível. Embora o ser humano possua plasticidade cerebral ao longo de toda a sua vida, esta encontra-se maximizada nos primeiros anos da mesma (Papalia & Martorell, 2021). É nos dois primeiros anos de vida, que ocorre uma rápida expansão, sinaptogênese, apoptose, mielinização, organização neuronal e alinhamento. As experiências vivenciadas pela criança, bem como os estímulos a que se encontram sujeitas, são impactantes sobre todos estes processos, tornando evidente a importância da intervenção precoce

(Maria et al., 2021). No entanto, é essencial associar à vigilância a mobilização e aplicação de instrumentos de rastreio, sempre que existir qualquer tipo de suspeita de alteração no desenvolvimento da criança. Esperar que uma criança não atinja um marco de desenvolvimento pode resultar num reconhecimento tardio de alterações de desenvolvimento, aumentando a insatisfação e ansiedade parental, privando a criança e família dos benefícios da identificação e intervenção precoce (Lipkin et al., 2020).

Considerando a filosofia dos cuidados centrados na família, a criança e a família são os principais especialistas nas suas próprias necessidades, tal como afirmam Coyne et al. (2018) na sua análise conceitual. Esta é uma filosofia de cuidados de saúde que se foca na compreensão dos clientes no seio do contexto familiar e suporta o envolvimento destes no processo de tomada de decisões de saúde (Boztepe & Kerimoğlu Yıldız, 2017), considerando os pais como peritos no que diz respeito às necessidades e capacidades dos filhos (Kokorelias et al., 2019). O Institute for Patient- and Family-Centered Care (IPFCC) define os cuidados centrados na família como uma abordagem baseada em relações de parceria com o cliente, família e profissionais de saúde em todas as fases do cuidado: planeamento, execução e sua avaliação (Al-Motlaq et al., 2019).

Durante o seu desenvolvimento e crescimento, a criança vivencia vários processos de mudança, através dos quais assume novos papéis, alterações de comportamentos ou mudanças no seu *self*. Esses processos, definido como transições na teoria das Transições de Afaf Meleis, podem ser de diferentes naturezas, entre as quais se encontram as transições desenvolvimentais. O enfermeiro na sua intervenção deverá ser um facilitador desse mesmo processo, dotando a criança e sua família de ferramentas e instrumentos que lhes permitam vivenciar essa transição da forma mais serena e com menos perturbação possível (Schumacher & Meleis, 2010). Assim, e considerando que a criança dos 0 aos 3 anos se encontra a viver uma transição de desenvolvimento, cabe ao EEESIP facilitar essa transição, através da vigilância e identificação precoce de alterações de desenvolvimento, e respetiva intervenção precoce, maximizando o potencial de desenvolvimento da criança.

Baseado nestes pressupostos, este relatório procura explicitar e analisar o modo como as atividades desenvolvidas permitiram a consecução dos seguintes objetivos gerais:

- 1) Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as idades, nos processos de saúde-doença e nos diferentes contextos de saúde;
- 2) Desenvolver competências especializadas na promoção da deteção precoce de sinais de alarme de desenvolvimento nos primeiros 3 anos de vida.

Aliados a estes objetivos gerais, foram ainda definidos vários objetivos específicos para cada contexto, que serão alvo de análise e reflexão, procurando sempre espelhar de que forma contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista bem como de competências específicas enquanto EEESIP.

Deste modo, procurou-se evidenciar os contributos das atividades desenvolvidas para o desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da assistência à criança, procurando potencializar a possibilidade de intervenção precoce, mas também no cuidado à criança com especial complexidade, e na promoção de cuidados promotores do desenvolvimento, através, entre outros fatores, maximização do potencial de desenvolvimento da criança.

Assim, o relatório que se apresenta inicia-se com um enquadramento teórico, no qual é feita a contextualização da problemática à luz do referencial teórico de enfermagem que sustentou todo o percurso (Apêndice I), seguindo-se a metodologia, a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio e seu contributo para a aquisição de competências de EEESIP. Por fim, seguem-se as considerações finais, nas quais serão também apresentadas as oportunidades futuras de desenvolvimento do projeto iniciado neste percurso formativo e as referências bibliográficas. Este documento foi elaborado de acordo com as normas para elaboração de trabalhos escritos da ESEL, APA 7ª edição.

Parte I - Enquadramento Teórico

1. Neurodesenvolvimento: Um Processo Dinâmico, Complexo e Individual

O neurodesenvolvimento é um processo dinâmico, no qual a criança aperfeiçoa e diferencia as suas diversas competências (cognitivas, motoras, sensoriais, sociais e emocionais), permitindo-lhe responder de forma cada vez mais complexa e hábil ao mundo que a rodeia (Correio, 2020), visando a conquista da sua autonomia. Sendo um processo complexo, não-linear e que se evidencia de variadas formas, Sharma et al. (2021) referem que o desenvolvimento envolve quatro grandes dimensões, tais como a: motricidade global e postura; visão e motricidade fina; audição e linguagem; e comportamento e adaptação social. Constituído por diversas etapas pré-definidas, é vivido de forma diferenciada de pessoa para pessoa, devido à sua própria maturação neurobiológica (Correio, 2020), ainda que os marcos de desenvolvimento possam ser excelentes diretrizes para acompanhar o progresso deste processo (Sharma et al., 2021). Correio (2020) acrescenta ainda que o desenvolvimento não depende exclusivamente dos processos maturativos; algumas linhas teóricas atribuem um peso significativo à aprendizagem como motor do desenvolvimento (Vieira & Fragoso, 2006), sendo também importante sublinhar o impacto que o ambiente tem no desenvolvimento cerebral (Papalia & Martorell, 2021). Também a dimensão social e relacional se revela impactante, principalmente na fase dos três primeiros anos de vida, pois neste período a criança é completamente dependente do seu cuidador para sobreviver, sendo a relação com o mesmo, basilar para o seu futuro desenvolvimento social, emocional e cognitivo (McLean, 2020). No entanto, e embora este seja um processo com um ritmo individual e distinto para cada criança, a aquisição das novas competências ocorre de forma sequencial em todas as crianças, progredindo de forma céfalo-caudal, bilateral e do geral para o específico (Correio, 2020).

Quando se aborda o desenvolvimento nos primeiros anos de vida e o processo de maturação neurobiológica, torna-se imperioso considerar o potencial de plasticidade cerebral nesta primeira fase da vida. Papalia e Martorell (2021) definem neuroplasticidade ou plasticidade cerebral como a capacidade do cérebro se modelar a partir da experiência. Os mesmos autores acrescentam que, embora o cérebro mantenha essa capacidade durante toda a vida, ela é mais evidente nos primeiros

anos de vida. Maria et al. (2021) defendem que o período entre as 22 semanas de gestação e os dois primeiros anos de vida se constitui como o momento crítico do desenvolvimento cerebral, visto que ocorre uma rápida expansão, sinaptogênese, apoptose, mielinização, organização neuronal e alinhamento. Acrescentam, ainda, que esses processos são extremamente sensíveis às experiências e à estimulação sensorial, o que corrobora a elevada potencialidade da intervenção precoce na maximização do potencial de desenvolvimento e concomitante minimização dos efeitos das alterações de desenvolvimento, reforçando a importância da detecção destas alterações o mais precocemente possível.

2. Alterações do Neurodesenvolvimento: Impacto na Saúde Infantil

De acordo com Correio (2020), as alterações de desenvolvimento podem ser classificadas em três tipos: atraso do desenvolvimento, dissociação do desenvolvimento e desvio do desenvolvimento. O atraso de desenvolvimento consiste numa divergência entre a idade da criança e a idade correspondente às aquisições que a mesma apresenta, sem diferenciação entre as diferentes áreas (Castelo & Fernandes, 2009), passando a classificar-se como atraso global do desenvolvimento (American Psychiatric Association, 2014) quando se identifica a não aquisição de duas ou mais competências psicomotoras no período expectável. Por sua vez, a dissociação do desenvolvimento, é caracterizada pela aquisição diferenciada, em termos temporais, de competências de diferentes áreas (superior a 15%) (Correio, 2020). Finalmente, segundo a mesma autora, o desvio de desenvolvimento acontece quando a aquisição de competências (a nível de uma ou mais áreas) não acontece de forma sequencial. Para além destes 3 tipos, são ainda identificados a paragem de desenvolvimento, que classifica as situações no qual não ocorre evolução desenvolvimental (Castelo & Fernandes, 2009) e a regressão do desenvolvimento diz respeito aos casos onde ocorre de forma permanente, a perda de competências já adquiridas (Correio, 2020).

Estas alterações podem dever-se a dois grandes tipos de fatores de risco: os fatores biológicos e os ambientais. Os fatores biológicos correspondem às situações com potencial lesão do sistema nervoso central, seja na fase pré, peri ou pós-natal. Por sua vez, os fatores ambientais referem-se ao contexto e à dimensão ambiental e relacional: baixa ou inadequada estimulação, privação emocional, baixo nível

socioeconómico familiar, entre outras (Castelo & Fernandes, 2009; Choo et al., 2019; Correio, 2020).

De acordo com Correio (2020), estudos da Organização Mundial de Saúde estimam que cerca de 4 a 5% das crianças com idades inferiores a 5 anos apresentam um atraso global de neurodesenvolvimento. Nos Estados Unidos da América, os distúrbios de desenvolvimento encontram-se entre as “cinco causas mais frequentes de limitação funcional das crianças com doença crónica”. (Eickmann et al., 2016 citados por Correio, 2020, p. 215). Esta autora acrescenta ainda que, em Portugal, cerca de 10 a 20% da população pediátrica apresenta perturbações de desenvolvimento, sendo esta uma condição bastante prevalente e com uma tendência crescente. Micai et al. (2020) demonstram, na sua revisão, evidências de que crianças com sinais de atrasos no desenvolvimento motor e da linguagem, bem como do comportamento durante os primeiros três anos de vida, foram posteriormente diagnosticadas com perturbações do neurodesenvolvimento. Conclusões que reforçam a importância da identificação precoce dos sinais de alteração de desenvolvimento e da intervenção precoce, de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento da criança. Acrescentam ainda, que os pais começam a demonstrar preocupações geralmente a partir dos 12–18 meses de idade da criança, sugerindo que é possível a deteção precoce de sinais de alarme atempadamente.

Tendo em conta esta realidade, Pereira Neto et al. (2020) defendem a importância da deteção e intervenção nos primeiros anos de vida, referindo que a vigilância do desenvolvimento infantil na primeira infância pressupõe a implementação de avaliações específicas, capazes de detetar fatores que limitam a aquisição de novas competências, num período em que as intervenções realizadas podem melhorar a aquisição e desenvolvimento dessas mesmas competências. Micai et al. (2020), acrescentam ainda, que esta avaliação deve ser sistematizada e estruturada com recurso a ferramentas e instrumentos fiáveis, identificando que, sem rastreios sistematizados, pelo menos 50% das crianças com transtorno de desenvolvimento ou comportamental não são detetadas antes do jardim de infância, prevalência também já defendida por Mackrides e Ryherd (2011), referindo ainda, que a maioria demonstra já ligeiros atrasos de desenvolvimento aos dois anos de idade.

3. A Vigilância do Desenvolvimento: Sinais de Alarme

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013) define que, nas consultas de vigilância de saúde infantil, as equipas de saúde avaliam o crescimento e desenvolvimento mas também detetam precocemente situações com potencial para comprometer a qualidade de vida da criança, procedendo ao seu encaminhamento, através da sinalização da criança com necessidades especiais e respetivas famílias, proporcionando apoio continuado e promovendo a articulação com os restantes recursos que prestem cuidados a estas crianças.

Choo et al. (2019) definem três fontes principais para a deteção de alterações de desenvolvimento: consultas de vigilância ou de aplicação de testes de rastreio de desenvolvimento; avaliação após sinalização dos pais; e avaliações após a sinalização de outros profissionais que se relacionam diariamente com a criança, como os educadores. Esta afirmação é corroborada pela DGS (2013), que acrescenta ainda a investigação clínica com foco na existência de fatores de risco como outra fonte de diagnóstico destas alterações. Percebe-se, deste modo, a importância que a vigilância de saúde infantil tem para a identificação precoce de alterações de desenvolvimento.

De acordo com o 4º Inquérito Nacional de Saúde realizado em Portugal, cerca de 68,9% das crianças são acompanhadas nas unidades de cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nas respetivas consultas de saúde infantil e juvenil, mantendo este acompanhamento até à idade adulta. Considerando que o desenvolvimento infantil respeita um ritmo próprio e individualizado, no qual nem todas as crianças atingem os mesmos marcos de desenvolvimento na mesma idade, é importante perceber a importância duma postura oportunista para a avaliação de desenvolvimento relativamente ao aproveitamento das consultas de saúde infantil e juvenil nas idades-chave definidas no PNSIJ (DGS, 2013). Estes revelam-se momentos cruciais para o acompanhamento e identificação de possíveis desvios no processo de desenvolvimento da criança. No entanto, a vigilância, por si só, revela-se insuficiente para o diagnóstico de alterações de neurodesenvolvimento. Um estudo realizado a nível dos cuidados de saúde primários norte-americanos, identifica que apenas 20 a 30 % das crianças em idade pré-escolar com atraso de desenvolvimento psicomotor são diagnosticadas, quando não são utilizados testes de rastreio e a

deteção é realizada recorrendo apenas à vigilância e preocupações dos pais (Correio, 2020). Esta autora sublinha ainda a diferença entre as realidades europeia e americana: enquanto na Europa se preconiza a vigilância do atingimento dos marcos de desenvolvimento nas consultas de saúde infantil, recorrendo apenas ao rastreio quando existem suspeitas, a Academia Americana de Pediatria defende o rastreio com instrumentos padronizados aos 9, 18 e 24-30 meses, para além de todos os outros momentos em que possa existir alguma preocupação, mantendo essas diretrizes na *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents, Fourth Edition*. A Direcção-Geral da Saúde (2013), no seu Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), reconhece que a avaliação clínica informal, realizada de forma isolada, sem a aplicação de instrumentos de rastreio, deteta menos de 30% das crianças com alterações de desenvolvimento. Neste sentido, importa compreender as diferenças entre os dois conceitos – vigilância e rastreio. Segundo Correio (2020) a vigilância é definida como o processo de observações realizadas à criança, de forma continuada, onde se recorre ao questionamento dos pais sobre o comportamento da criança, atingimento de marcos de desenvolvimento e respetivas preocupações. Por sua vez, o rastreio reporta à utilização de instrumentos padronizados em idades específicas, para deteção de alterações no processo de desenvolvimento.

No entanto, é importante ressaltar que a utilização de instrumentos de rastreio não garante por si só o diagnóstico de perturbações do desenvolvimento e que, mesmo com a sua utilização, possam existir casos que não foram detetados (Mackrides & Ryherd, 2011; Marlow et al., 2019). De qualquer modo, o rastreio regular é uma ferramenta imprescindível para a deteção precoce de alterações no desenvolvimento da criança. É imprescindível que o processo de avaliação de desenvolvimento infantil seja realizado com recurso a todas as ferramentas disponíveis, desde a observação da criança à valorização das preocupações de pais, cuidadores e educadores, bem como através da análise da história clínica e dos fatores de risco existentes, recorrendo também a instrumentos de avaliação de desenvolvimento (DGS, 2013). O PNSIJ advoga que este processo de avaliação deve ser encarado como parte integrante do programa de promoção de saúde infantil, incorporando também orientações para o estímulo e promoção do desenvolvimento da criança, tais como a capacitação parental na promoção do desenvolvimento.

Segundo o PNSIJ a avaliação do desenvolvimento da criança, realizada de forma completa, rigorosa e com recurso a todas as ferramentas possíveis, permitirá identificar o seu potencial de desenvolvimento. Importa ressaltar que o modo como a criança expressará esse potencial depende não só, dos fatores pessoais e intrínsecos à condição da criança, mas também de outros inúmeros fatores externos, tais como o ambiente e condições familiares, escolares, a sua situação de saúde e as oportunidades que lhe são dadas para desenvolver esse potencial (DGS, 2013). A identificação de todos estes fatores – para além dos que potencialmente são de risco para o seu desenvolvimento - é imprescindível para a elaboração de um plano terapêutico preventivo e reabilitativo, que deverá ser o mais precoce possível de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento e minimizar os fatores e comportamentos de risco (Correio, 2020).

Em 2009, foi criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) com os objetivos, entre outros, de deteção e sinalização de todas as crianças que necessitem de intervenção precoce, bem como de prevenção e redução dos riscos de atraso de desenvolvimento (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância – Grupo de Apoio Técnico [SNIPI-GAT], 2019). Atualmente existem 155 equipas locais de intervenção (ELI), cobrindo todos os concelhos de Portugal Continental. Analisando o relatório de atividades do SNIPI de 2018 (SNIPI-GAT, 2019), é possível identificar que, em 21606 crianças, 77% (16672) foram referenciadas por apresentarem “alterações nas funções ou estruturas do corpo” (p.10), 11% (2373) por “risco grave de atraso de desenvolvimento” (p.11) e 12% (2561) pela acumulação dos dois critérios. Ainda de acordo com o mesmo relatório, das 21331 crianças acompanhadas pelo SNIPI, 16050 tinham mais de 3 anos de idade, o que demonstra que apenas 25% das crianças foram referenciadas nos primeiros três anos de idade. É importante também sublinhar que, de acordo com este relatório, são os profissionais de instituições de saúde que se encontram no topo das entidades que mais sinalizam estas crianças para as respetivas equipas locais de intervenção. Deste modo, compreende-se a importância que o enfermeiro, enquanto profissional de saúde, tem na referência destas crianças. No entanto, o presente relatório destaca a necessidade de se trabalhar para uma referência o mais precoce possível, apesar de ser uma situação que apresenta uma evolução positiva relativamente a períodos anteriores, pode ainda ser otimizada. Também o PNSIJ reconhece a importância das equipas dos cuidados de saúde primários na intervenção precoce, sublinhando a especial relevância do enfermeiro especialista em saúde infantil e

pediátrica/enfermeiro de família – e médico assistente – na liderança e gestão da articulação entre os vários serviços que intervêm com a criança com alterações de desenvolvimento. Acrescenta ainda, que os profissionais de saúde têm um papel relevante em todo o processo de avaliação do potencial de desenvolvimento da criança, pela possibilidade de intervir preventivamente nos fatores de risco, bem como no diagnóstico de alterações e intervenção precoce de forma a minimizar o seu impacto negativo (DGS, 2013). Correio (2020) defende que, quanto mais precoce for a intervenção, maior o aproveitamento da plasticidade cerebral e, consequentemente, maior o potencial de se moldar a estímulos, otimizando os resultados conseguidos. Esta afirmação é consonante com os resultados do estudo de Lipkin et al. (2020), quando referem que lactentes e *toddlers* com atrasos de desenvolvimento e/ou deficits comportamentais melhoraram as suas competências cognitivas e de linguagem quando submetidos a intervenção precoce.

4. Teorias de Suporte à Intervenção de Enfermagem

4.1. Cuidados Centrados na Família

Considerando a individualidade de cada criança e cada família, é impossível delinear um programa único de intervenção para todas as crianças com necessidades especiais de saúde. O PNSIJ defende que a equipa de saúde deverá, numa perspetiva centrada na família, definir um programa individual de vigilância e promoção de saúde que identifique e sinalize as necessidades especiais de cada criança. Gerindo a articulação entre as diferentes equipas de intervenção, deverá promover uma intervenção diferenciada e seja potenciadora da maximização das capacidades e potencialidades de cada criança (DGS, 2013).

Baseando a sua intervenção na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família, no qual se insere o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, o enfermeiro reconhece que a família e a criança são os principais especialistas nas suas necessidades (Coyne et al., 2018) sendo que a família é um elemento central para a vida da criança (Smith, 2018). O Filosofia de Cuidados Centrados na Criança e na Família assenta em quatro princípios centrais: colaboração (são criadas relações de parceria, centradas na família e que visam o respeito, a dignidade e o empoderamento dos elementos da família), comunicação (ocorre participação das famílias numa

tomada de decisão partilhada, através da partilha de informação e de escolhas), negociação (a partir de conhecimento partilhado e da partilha das expectativas de papéis e responsabilidades, bem como do diagnóstico de necessidades da família) e relação de ajuda (Coyne et al., 2018).

Inserindo-se na filosofia de cuidados centrados na família, o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey engloba 5 conceitos centrais: criança, família, enfermeiro, saúde e ambiente (Monteiro & Cerqueira, 2020). De acordo com Casey (1993), o enfermeiro deve reconhecer os pais como os melhores prestadores de cuidados à criança e a sua intervenção ser sempre realizada em parceria com os mesmos, visando capacitá-los e empoderá-los na sua ação, respeitando as suas habilidades e competências. Esta parceria tem sempre de ser baseada na negociação (Casey, 1993), partindo dela para reconhecer os cuidados que os pais pretendem prestar e as necessidades de apoio, orientação e/ou conhecimento que possam ter, trabalhando com eles no sentido de os empoderar.

Sendo os pais, familiares e educadores aqueles que passam mais tempo com a criança, são, pois, parceiros importantíssimos para a deteção de sinais de alarme a nível do desenvolvimento infantil, pelo contacto privilegiado que têm com a criança. Castelo e Fernandes (2009) corroboram esta ideia, afirmando que as preocupações parentais nunca deverão ser desvalorizadas, pois são estes, juntamente com familiares, professores e educadores aqueles que, muito frequentemente, são os primeiros a identificar as alterações de desenvolvimento. Acrescentam ainda, que o ambiente condicionado (espaço e tempo), como é o de uma consulta de vigilância de saúde infantil, não é facilitador para a deteção precoce de alterações de desenvolvimento. Como tal, defendem que a vigilância do desenvolvimento infantil não só deve passar pela apreciação sustentada na aplicação de instrumentos de rastreio através da observação direta da criança, como também pela informação transmitida pelos pais e educadores. Opinião corroborada por Choo et al. (2019) quando defendem que, na consulta se deve encorajar os pais a partilhar as suas preocupações sobre o desenvolvimento ou comportamento do filho, para além da avaliação oportunista do seu desenvolvimento.

No entanto, de acordo com Correio (2020) e Vitrikas et al. (2017) essa colaboração não tem de se limitar ao espaço físico e temporal da consulta, sendo que estes últimos sugerem a utilização de instrumentos de avaliação de desenvolvimento da criança fiáveis e válidos, para serem preenchidos pelos pais como o “Parents’

Evaluation of Developmental Status” ou a “Ages and Stages Questionnaire”, como ferramentas fiáveis e de baixo custo, que poderão ser utilizadas num rastreio inicial, prévio à consulta, cujos resultados irão enriquecer a apreciação realizada pelo profissional de saúde. Estas ferramentas ganham especial relevância se recordarmos que o processo de desenvolvimento é algo individual, no qual as crianças não atingem necessariamente os mesmos marcos na mesma idade.

4.2. Modelo *Touchpoints* – Teoria de Suporte ao Desenvolvimento Infantil

O Modelo *Touchpoints*, desenvolvido pelo Prof. Brazelton, defende que o processo de desenvolvimento não é contínuo, sendo constituído por surtos, evoluções, mas também regressões. Ao longo deste processo, existem períodos críticos, chamados *touchpoints* ou pontos de referência, momentos de desorganização da criança, ocorrendo frequentemente regressões temporárias em algumas competências desenvolvimentais que a criança já havia adquirido (Brazelton, 2021). Como definem Brazelton e Sparrow (2003), os *touchpoints* são momentos críticos no desenvolvimento e que, quando não compreendidos como um processo evolutivo normal na criança, resultam em pontos de rutura para o sistema familiar. O desenvolvimento da criança não só é influenciado pelo ambiente e pelas pessoas com quem esta se relaciona, como também impacta toda a família. Estes momentos de crise e de desorganização, em que a criança apresenta alterações ao seu comportamento, podem revelar-se disruptivos também para o ambiente familiar, tornando-se imperativo que o profissional de saúde oriente os pais antecipadamente acerca destes períodos de referência, “cuidados antecipatórios”, de forma a diminuir a ansiedade e tensão provocada pelos mesmos quando estes ocorrerem.

De acordo com este modelo, existem vários *touchpoints* nos três primeiros anos de vida, para os quais os pais devem ser antecipadamente orientados e capacitados. Dos treze *touchpoints* que o modelo descreve durante os primeiros três anos de vida o primeiro acontece ainda durante a gravidez, seguindo-se, o nascimento, na primeira e a terceira semana, no intervalo entre as seis e as 8 semanas de vida, nos quatro, sete e nove meses, no primeiro ano, nos quinze e dezoito meses, bem como no segundo e terceiro ano de vida (Brazelton, 2021; Brazelton & Sparrow, 2003). Este modelo assenta em vários princípios que o profissional deve atender na sua

intervenção de suporte parental promotor do desenvolvimento da criança. Devem ser utilizados para a implementação de um cuidado de excelência e atingir um potencial máximo de desenvolvimento. Princípios que podem ser utilizados para criar uma relação de confiança com os pais para que eles revelem as suas preocupações, medos que possam ter acerca do desenvolvimento dos seus filhos ou na sua relação com eles. Estes princípios destacam a valorização e compreensão da relação entre os pais e o profissional de saúde, o uso do comportamento da criança como forma de expressão, o foco na relação pais/criança, a procura de oportunidades para apoiar a mestria parental, a valorização da paixão (seja qual for o domínio em que a mesma seja encontrada) bem como da desorganização e da vulnerabilidade (que devem ser vistas como oportunidades), o reconhecimento do impacto das crenças e preconceitos do profissional de saúde na interação, bem como a disposição deste para a discussão de assuntos que vão além da sua função tradicional (Brazelton & Sparrow, 2003).

Em consonância com a filosofia de Cuidados Centrados na Família, também neste modelo desenvolvido por Brazelton, os pais são os peritos nos seus filhos. Este modelo de suporte ao desenvolvimento infantil, reconhece a parentalidade como um processo desenvolvido por tentativa-erro, sendo que todos os pais desejam o melhor para os seus filhos, todos experienciam sentimentos ambivalentes na sua parentalidade, mas também todos os pais têm forças que lhes permitem superar os períodos críticos e algo fundamental para partilhar em cada estágio de desenvolvimento (Brazelton, 2021).

Baseado nestes pressupostos e capacitando os pais com conhecimento sobre estes períodos críticos, ajudando-os a interpretar estes períodos de desorganização e regressão como algo normal e previsível, o profissional de saúde permitirá que os pais se sintam mais preparados para apoiarem a criança no processo de desenvolvimento, prevenindo algo que poderia ser stressante e disfuncional para o núcleo familiar. A preparação parental para estes períodos críticos de rutura, os *touchpoints*, permite que os pais se encontrem mais despertos para as potencialidades e comportamentos individuais da sua criança, tornando-se mais sensíveis às suas necessidades individuais (Brazelton, 2021). Esta capacitação ganha especial relevância nas primeiras etapas da vida da criança, em que o comportamento da criança é a forma de comunicação das suas necessidades (Bartram et al, 2015). Ao conseguir compreender este comportamento na sua individualidade e com as suas particularidades, os pais estarão mais preparados para apoiar a criança no seu

desenvolvimento, conseguindo responder de forma individualizada e adequada às suas necessidades, consolidando uma vinculação segura entre os pais e a criança.

Assente numa perspetiva colaborativa, em que a relação entre profissional e os pais é de parceria, a intervenção do profissional de saúde deve ser desenvolvida no sentido de um diálogo partilhado com os pais sobre o modo como se sentirão e reagirão perante estas previsíveis crises, ao invés de uma abordagem antecipatória baseada no aconselhamento especializado, transmitido de forma unidirecional. Esta partilha permitirá o desenvolvimento de uma maior segurança e confiança parental relativamente às suas capacidades (Brazelton & Sparrow, 2003).

No entanto, os autores alertam para o facto de que os *touchpoints*, nas crianças com desenvolvimento atípico podem ocorrer de forma diferente não só relativamente aos momentos mas também às características (Brazelton & Sparrow, 2003). A criança com alterações de desenvolvimento possuirá necessidades específicas de suporte e intervenção, sendo fundamental o ajuste das expectativas e abordagens parentais. A flexibilidade das expectativas parentais, bem como a adaptação das atividades desenvolvidas às necessidades específicas da criança revelam-se como estratégias essenciais para a promoção do desenvolvimento da mesma.

4.3. Modelo Teórico das Transições de Afaf Meleis e o Desenvolvimento Infantil

A Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma teoria de médio-alcance, advoga que a disciplina de Enfermagem estuda as respostas humanas às transições vivenciadas pela pessoa ao longo da sua vida. Estes momentos de mudança podem ser disruptivos ao nível de provocarem alterações nas pessoas e naqueles que os rodeiam, com influência na sua saúde e no seu bem-estar (Schumacher & Meleis, 2010). Uma transição define-se como a passagem de uma fase de vida, condição ou status para outra (Chick e Meleis, 2010), podendo ser de diferentes naturezas: desenvolvimento, situacional, saúde / doença e organizacional (Schumacher & Meleis, 2010). Estas podem ser vivenciadas de forma individual ou simultânea, podendo também ser relacionadas ou não relacionadas, existindo fatores que podem ser facilitadores ou inibidores desse processo (Meleis, Sawyer et al., 2010). É um processo de mudança e transformação, após o qual a pessoa atinge um período de

maior estabilidade ou menor perturbação com a vivência bem-sucedida dessa transição. Assim, todas os avanços e retrocessos ao longo do processo deverão ser considerados positivos, pois permitirão a reestruturação necessária para a conclusão da transição com sucesso (Meleis & Trangenstein, 2010).

A pessoa que vive este processo adaptativo encontra no enfermeiro um elemento facilitador, quer na busca de condições que tornem esta mudança o mais harmoniosa possível, quer na própria aquisição de novas competências. O enfermeiro – e no caso concreto das transições de desenvolvimento, o EEESIP – tem um papel fundamental na preparação dos seus clientes para a transição pela proximidade que tem com os mesmos, bem como pelo conhecimento que tem sobre os diferentes fatores que podem o influenciar o sucesso da transição (Meleis, 2010). Inerente ao processo de mudança, segundo a autora, a pessoa apresenta dificuldade em desenvolver as competências e capacidades necessárias à mudança, apresentando aquilo que identifica como insuficiência de papel. Nesse sentido, a intervenção do enfermeiro visa a suplementação/prevenção dessa insuficiência, apoiando e capacitando a pessoa no desenvolvimento do seu novo papel, promovendo mudanças de comportamento e desenvolvimento de novas competências. Para que possa definir as terapêuticas de enfermagem mais facilitadoras, o enfermeiro precisa, não só, de identificar e compreender a natureza das transições que a pessoa se encontra a viver, mas também identificar os fatores individuais e ambientais que condicionam a mesma, para que possa definir a sua intervenção. Realizada esta análise, a sua ação pode ser preventiva – antes da ocorrência da transição ou procurando minimizar as consequências da não-ocorrência da mesma – ou de suplementação da pessoa nas suas necessidades, quando o insucesso da transição apresenta consequências na sua saúde e bem-estar. Meleis (2010), define a terapêuticas de enfermagem como *role preventive* quando ocorre a clarificação dos papéis antes da ocorrência da transição - ou numa fase inicial da mesma -, sendo que quando mais precoce for esta intervenção, menor a probabilidade de ocorrência de insuficiência de papel. No entanto, o diagnóstico da transição pode ocorrer apenas quando a mesma já se encontra em curso, manifestando-se já a insuficiência de papéis. Nessa situação, a intervenção do enfermeiro será de *role supplementation*, adotando estratégias que permitam a clarificação e adoção, por parte da pessoa, dos novos papéis necessários a uma transição bem-sucedida.

Considerando estes pressupostos, é possível afirmar que, de acordo com a teoria de Meleis, a criança dos 0-3 anos se encontra a experienciar uma transição de desenvolvimento. No entanto, quando esta apresenta alterações de desenvolvimento, não só se encontra a viver uma transição de desenvolvimento, como, concomitantemente, também poderá estar a experienciar uma transição de saúde/doença - manifestação essa que pode ocorrer de forma aguda ou crónica. Para além disso, também os pais vivenciam muitas vezes outros tipos de transição: quer de natureza situacional, quando ocorrem alterações nas dinâmicas familiares devido às necessidades especiais sentidas pela criança e sua influência nas relações; quer a nível organizacional, pelas consequências que as modificações do papel parental têm na sua dimensão laboral, com uma frequente necessidade de mudanças e readaptação no seu ambiente profissional. Com o desenvolvimento e consolidação destas novas competências e capacidades parentais, é imprescindível que o enfermeiro considere, na sua tomada de decisão e no planeamento da sua intervenção, a natureza multidimensional e simultânea de todas as transições vividas no seio familiar, por todos os elementos (Meleis & Trangenstein, 2010). O enfermeiro assume a função de facilitador dessas mesmas transições, com especial relevo nas situações em que, devido à existência de um distúrbio, esse processo não está a ser vivido como expectável (Meleis, Sawyer et al., 2010; Meleis & Trangenstein, 2010). A sua ação, na promoção da vigilância do desenvolvimento e rastreio das crianças com alterações, torna-se um fator facilitador *“role preventive”* na medida em que promove a deteção precoce destas perturbações, o que permite a intervenção precoce, maximiza o potencial de desenvolvimento e atenua possíveis sequelas de uma sinalização tardia. Permite ainda intervir com e na família, contribuindo para o desenvolvimento de novas competências e capacidades que permitam dar resposta às suas necessidades *“role supplementation”* (Meleis, Sawyer et al., 2010).

A intervenção do enfermeiro poderá ser preventiva, através da capacitação dos pais sobre desenvolvimento infantil e identificação dos sinais de alarme, bem como de estratégias promotoras de desenvolvimento infantil. Também a vigilância do desenvolvimento infantil, através do uso de instrumentos validados, é também uma estratégia que poderá contribuir para que esta transição ocorra da forma mais serena possível. Como já referido, Meleis (2010) afirma que quanto mais precoce for a implementação de terapêuticas de enfermagem com papel preventivo, menor é a probabilidade de insuficiência de papel. No entanto, já no decorrer da vivência desta transição, e quando ocorrem alterações de desenvolvimento, o enfermeiro pode ainda

intervir, com terapêuticas de enfermagem assumindo o papel de suplementação, demonstrada através do encaminhamento para cuidados especializados adaptados às necessidades individuais da criança, bem como através de suporte emocional à família ou da identificação de redes de suporte comunitárias que possam apoiar a criança e família na obtenção da resposta necessária. É fulcral, para o sucesso da sua intervenção, que o enfermeiro envolva e capacite a família em todo o processo, desenvolvendo uma relação terapêutica ancorada na colaboração, comunicação, negociação e relação de ajuda, desenvolvendo uma relação de parceria com a família.

No entanto, e como já referido, existem fatores que podem ser inibidores para este processo. A literatura aponta várias barreiras sentidas pelos profissionais de saúde, no que respeita à realização da vigilância, rastreios e encaminhamento de casos detetados. Para além de Maia et al. (2016), também Vitrikas et al. (2017), Reichert et al. (2015) e Mackrides e Ryherd (2011), identificaram vários fatores sendo que a pouca disponibilidade associada a restrições de tempo e sobrecarga de trabalho é o fator mais comum. Outras condições foram igualmente referidas nos diversos estudos, tais como, a formação e experiência insuficientes para a escolha e aplicação dos instrumentos mais adequados, falta de especialistas disponíveis para encaminhamento e demora no atendimento da criança após referência. Figueiras et al. (2003) acrescenta também que, por vezes, os profissionais poderão apresentar dificuldades a detetar as situações de crianças com alterações de desenvolvimento mais discretas, por terem como referência as situações que são mais comumente descritas na literatura. Choo et al. (2019) apresentam, ainda, outra perspetiva para o tardio encaminhamento da criança referenciada: este encaminhamento pode não ser ativado pelos pais. E isso pode ocorrer devido a vários fatores: discordância dos pais com o encaminhamento, negação, falta de compreensão do significado do encaminhamento ou devido a circunstâncias sociais da família.

Consciente que, de todos esses fatores perturbadores, que se podem constituir como inibidores na vivência do processo de transição com sucesso, o enfermeiro deve intervir com a criança e família a vários níveis, quer ao nível dos fatores de risco, quer no diagnóstico e intervenção precoce, proporcionando-lhes sempre acompanhamento (DGS, 2013).

Analisando o processo de transição vivenciado pela pessoa, podemos identificar cinco propriedades, de acordo com Meleis, Sawyer et al. (2010): a consciência da experiência da transição, o envolvimento da mesma em todo o

processo, a mudança provocada pelo processo de transição nos comportamentos e capacidades da pessoa, o tempo de transição (que pode ser incerto e moroso) e pontos críticos (a maioria das transições encontra-se associada a eventos específicos e acontecimentos, no qual ocorre um aumento da consciencialização da mudança e consequentemente um maior envolvimento da pessoa na vivência da transição).

Sendo as transições um processo temporalmente incerto e por vezes moroso, torna-se necessário identificar indicadores que permitam avaliar o decurso desta experiência. Nesse sentido, Meleis, Sawyer et al. (2010) refere quatro indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado e desenvolver confiança/*coping*) que permitem ao enfermeiro avaliar o modo como a pessoa se encontra a experienciar a sua transição e intervir de forma a apoiar a mesma no atingimento do resultado desejado. Essa avaliação pode ser realizada identificando se a família sente ligada à equipa multidisciplinar, através do desenvolvimento de uma relação de parceria, bem como a outras redes de suporte; se interage de forma empoderadora e capacitadora com a criança, procurando intervenções especializadas que minimizem o impacto da alteração de desenvolvimento mas também se interage com outras famílias que se encontram a viver ou viveram esta transição; se se sente situada, identificando as alterações no desenvolvimento da criança, mas também conhecendo o seu espaço e papel na promoção de desenvolvimento da criança bem como os recursos existentes; e finalmente, se se encontra motivada e confiante nessa mesma promoção e minimização do impacto das alterações de desenvolvimento, desenvolvendo mecanismos de *coping* que lhe permitam lidar com a situação (Meleis, Sawyer et al, 2010).

Decorrida a transição, a avaliação do sucesso da vivência da transição é realizada posteriormente recorrendo aos indicadores de resultado: a mestria e a integração dos novos papéis/competências na sua identidade (Meleis, Sawyer et al., 2010). Esta mestria pode ser demonstrada - no caso da criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento e respetiva família - através da melhoria na qualidade de vida da criança e da família, bem como da possibilidade de se desenvolver no máximo da sua potencialidade. A identificação dos sinais de alarme, a capacidade de monitorizar o desenvolvimento da criança, o aumento de conhecimento da família sobre a situação de saúde da criança, a adesão e respetivo cumprimento do plano terapêutico ou o recurso aos profissionais de saúde em caso de necessidade são indicadores de mestria por parte da família, relativamente a esta transição.

Considerando que o enfermeiro procura apoiar a pessoa na experiência bem-sucedida da sua transição, através do desenvolvimento de um cuidado humanizado e holístico, é imprescindível que este reconheça o impacto que a sua intervenção poderá ter no modo como a criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento e a sua família vivem as suas transições e a importância que a família e o ambiente têm enquanto fatores promotores da vivência saudável destas transições. Neste sentido, o quadro conceptual do Modelo Teórico de Enfermagem das Transições de Meleis revela-se imperativo na estruturação e fundamentação de toda a intervenção desenvolvida pelo EEESIP no cuidado à criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento e respetiva família.

Parte II - Percurso de Atividades e Aprendizagens Significativas

1. Metodologia

A elaboração deste relatório de estágio decorre na análise crítica e reflexiva do percurso formativo desenvolvido em diferentes contextos, com vista ao desenvolvimento de competências de tomada de decisão deontológica e eticamente fundamentada, melhoria contínua de qualidade, gestão e de desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Estas competências revelar-se-ão basilares para a prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família nos diversos contextos de vida e saúde/doença, norteados pelo referencial definido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Nesse sentido, foram delineados dois objetivos gerais que orientaram este percurso, revelando-se estruturantes para o desenvolvimento de atividades nos diferentes contextos. Nesta parte do relatório, será realizada a descrição e análise dessas mesmas atividades, à luz da metodologia de projeto desenvolvida, baseado numa análise crítica e reflexiva da prática, sustentada nos referenciais teóricos de enfermagem e na evidencia científica disponível.

A metodologia de projeto assenta na resolução de problemas, não se limitando à simples investigação dos mesmos, mas procurando definir a intervenção sobre esse problema. Para além disso, e tratando-se de um projeto de formação, visa também responder às necessidades formativas previamente identificadas. Desse modo, estrutura o plano de ação ao longo da operacionalização do processo, permitindo o desenvolvimento e aquisição de competências pela construção e operacionalização do projeto em contexto real (Ferrito et al., 2010). Esta metodologia estabelece uma relação entre a prática e a teoria, no qual o trabalho é realizado no contexto prático, não se limitando a uma investigação teórica, mas focado na intervenção e resolução desse problema, através de objetivos e processos definidos na análise da problemática, mas também na estruturação da ação.

Percorrendo as diferentes fases desta metodologia - elaboração do diagnóstico da situação, planificação das atividades, meios e estratégias (com a construção do Projeto de Estágio); execução das atividades planeadas, avaliação (através da análise e reflexão das experiências em estágio, pautadas pelas atividades desenvolvidas mas também para análise e reflexão da atividade dos peritos nos diferentes contextos) e

da divulgação dos resultados obtidos (através deste relatório) (Ferrito et al., 2010) – torna-se possível objetivar a consolidação das competências desenvolvidas ao longo deste processo formativo.

De acordo com Alarcão e Rua (2005), os estágios clínicos são momentos privilegiados de desenvolvimento e consolidação de conhecimentos, onde o estudante constrói o seu saber profissional, a partir do seu saber teórico, mas integrado e contextualizado nas experiências observadas e transmitidas pelos profissionais dos contextos. Segundo as mesmas autoras, é neste ambiente que desenvolve processos de autorregulação no qual integra e mobiliza os saberes adquiridos no ensino teórico e teórico-prático, através do contacto com a realidade dos contextos clínicos. Também Benner (2001) defende que a prática é uma fonte de conhecimento. Sendo mais do que mero conhecimento técnico, ou o simples conjunto das técnicas e procedimentos, a prática é algo complexo, que requer conhecimento e competência. Ao analisar a prática do cuidar, a autora adaptou o Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências à disciplina de Enfermagem, identificando cinco níveis de proficiência na aprendizagem experiencial: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Reconhecendo que existem conhecimentos na prática de Enfermagem que são necessariamente adquiridos a partir da experiência, identifica a importância que estes têm no desenvolvimento de competências, e consequentemente de perícia na prática clínica, sublinhando que este tipo de saber se encontra interligado ao conhecimento teórico na evolução da disciplina.

Considerando estes fundamentos, é inegável a importância que os estágios têm no desenvolvimento de competências de EEESIP, bem como a escolha dos mesmos. Nesse sentido, para a escolha dos locais de estágio neste percurso formativo, foram tidas em conta as exigências formativas da OE, mas também a problemática central do projeto de estágio, com vista à operacionalização do mesmo, ficando a sua organização cronológica dependente das instituições envolvidas (Apêndice II). A partir dos objetivos gerais deste projeto, foram igualmente definidos os objetivos específicos para cada contexto, bem como o planeamento de atividades para a sua consecução, tendo sempre em conta não só as necessidades formativas, mas também a sua adaptabilidade à realidade e necessidades de cada contexto. Este plano revelou-se um instrumento dinâmico, passível de atualização, tendo sido realizadas atividades para além das inicialmente definidas (Apêndice III).

O primeiro contexto de estágio, numa **Unidade de Saúde Familiar (USF)** e numa **Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)**, foi selecionado tendo em conta a importância que as unidades de cuidados de saúde primários têm na vigilância de saúde infantil e consequentemente na vigilância e promoção do desenvolvimento, como preconizado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Para além da necessidade de desenvolvimento de competências especializadas neste contexto, como por exemplo na promoção de planos de saúde que visem a inserção social e inclusão de crianças com alterações de desenvolvimento, a escolha destas unidades concretas foi realizada devido ao facto de existir uma Equipa Local de Intervenção (ELI) nesta UCC. A observação destas reuniões revelou-se um fator facilitador na compreensão da operacionalização da sinalização e intervenção com crianças com alterações de desenvolvimento no SNIPI.

A escolha do segundo contexto, num **Centro de Desenvolvimento** de um hospital central, visou o desenvolvimento de competências especializadas não só na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, mas também na promoção da adaptação da criança/ jovem e família à deficiência e/ou incapacidade (Regulamento n.º 422, 2018).

A escolha do terceiro contexto de estágio, um **serviço de Urgência Pediátrica (SUP)**, prende-se pelo facto de ser um local privilegiado para o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados em situações de especial complexidade, como são as situações de instabilidade de funções vitais e risco de morte (Regulamento n.º 422, 2018). Para além disso, a existência de necessidades especiais por parte da criança com alterações de desenvolvimento torna ainda mais complexa a ação do enfermeiro num contexto onde a intervenção é maioritariamente urgente/emergente.

Tal como no contexto anterior, a escolha do contexto da Unidade de **Neonatologia**, surgiu da necessidade de desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados em situações de especial complexidade, visando sempre que estes sejam promotores do desenvolvimento e vinculação parental (Regulamento n.º 422, 2018). É também de especial relevância o facto de existirem fatores preditores de alterações de desenvolvimento, associados à prematuridade, malformações, patologias congénitas ou complicações neonatais, pelo que a experiência neste contexto se reveste de especial importância no âmbito deste projeto formativo.

Por fim, a escolha do último contexto, um serviço de **Internamento de Pediatria Médica**, decorre do facto de ser o serviço onde exerço funções e do qual emergiu a problemática. Nesse sentido, a implementação deste projeto formativo, neste contexto, ganha especial importância, uma vez que permite a promoção de competências para a deteção precoce de sinais de alarme de desenvolvimento por parte dos pais e enfermeiros, possibilitando uma correta referenciação e encaminhamento destas situações para futura vigilância. Atendendo ao impacto devastador que a hospitalização pode ter nas crianças com necessidades especiais e suas famílias, torna-se imperativo o desenvolvimento de competências especializadas, neste contexto, que permitam a prestação de cuidados não só, promotores do desenvolvimento, mas que visem responder de forma holística às necessidades destas crianças e famílias (Regulamento n.º 422, 2018).

Encontram-se definidas, de forma transversal a todos estes contextos, o desenvolvimento de atividades que permitam o desenvolvimento e consolidação de competências comuns do Enfermeiro Especialista quer no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal ou da melhoria contínua da qualidade, mas também na área da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140, 2019).

2. Dos objetivos e atividades ao desenvolvimento de competências

Através da operacionalização da metodologia de projeto, foi possível o desenvolvimento de um percurso formativo ancorado na análise e reflexão crítica das diferentes atividades desenvolvidas em contexto clínico. A partir de um diagnóstico inicial das necessidades formativas, foi desenvolvido um projeto de estágio – e definidos os seus objetivos e respetivas atividades a serem desenvolvidas – tendo como base dois objetivos gerais:

- 1) Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as idades, nos processos de saúde-doença e nos diferentes contextos de saúde.
- 2) Desenvolver competências especializadas na promoção da deteção precoce de sinais de alarme de desenvolvimento nos primeiros 3 anos de vida.

Alarcão e Rua (2005) definem competência como a capacidade de mobilização dos saberes para agir de forma adequada e fundamentada a cada situação. Também o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define competência como um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades que o enfermeiro mobiliza para responder às necessidades de saúde de determinado público-alvo. (Regulamento nº140, 2019). Tendo em conta a complexidade e a individualidade de cada contexto de estágio, foram definidos vários objetivos específicos, adequados a cada um dos contextos, buscando a consecução dos objetivos gerais delineados (Apêndice III). A definição de cada um destes objetivos respeitou o pressuposto já determinado na estruturação dos dois objetivos gerais – a busca de respostas para a problemática definida, bem como para as necessidades formativas identificadas, sempre norteadas pelo enquadramento teórico que fundamenta todo o projeto formativo.

Assim, neste capítulo serão apresentadas e analisadas as atividades desenvolvidas em cada um desses contextos. Através da análise reflexiva destas experiências, pretende-se explicitar o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP, bem como de mestre, neste percurso formativo que decorreu durante 18 semanas, entre 26 de setembro de 2022 e 10 de fevereiro de 2023.

Com uma análise inicial das atividades desenvolvidas de forma transversal em todos os contextos, realizar-se-á posteriormente a descrição e consequente análise reflexiva das experiências vivenciadas em cada um dos locais de estágio e que permitiram operacionalizar o projeto formativo de forma individualizada, diferenciada e adaptada a cada um dos contextos clínicos pediátricos. Após uma breve caracterização de cada contexto, serão aprofundados os objetivos específicos definidos para cada um deles, analisando-se a sua operacionalização através das atividades desenvolvidas e as competências consolidadas com as mesmas.

2.1. Atividades transversais a todos os contextos

Considerando o atingimento dos objetivos gerais definidos e consequentemente o desenvolvimento de competências especializadas (comuns e específicas de EEESIP) e de mestre, algumas atividades foram desenvolvidas em todos os contextos de estágio, por se revelarem basilares à fundamentação da prática clínica, independentemente da área de cuidado.

A pesquisa de evidência científica, ao longo deste percurso, demonstra-se como uma prática fundamental para o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos específico e próprio de cada contexto, que permita assistir o cliente pediátrico na maximização da sua saúde, bem como no cuidado em situações de maior complexidade ou na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida/desenvolvimento da criança/jovem¹ (Regulamento n.º 422, 2018). Permite também uma tomada de decisão fundamentada e ponderada, promotora da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, suportando a prática clínica em evidência científica² (Regulamento nº 140, 2019). Para além disso, esta atividade torna também possível a aplicação destes mesmos conhecimentos na resolução de novos problemas, bem como a reflexão mais complexa e completa de questões que se afiguram como novas na prática clínica do formando, permitindo muitas vezes a procura de respostas originais a áreas de estudo que não lhe são tão familiares. Todas estas competências configuram-se como necessárias para o reconhecimento do grau de mestre (Decreto-Lei nº74, 2006).

¹ Competências Específicas do EEESIP: Competências E1, E2 e E3

² Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Unidades de Competência A1.1, B1.1 e D2.2

A consulta das normas e protocolos das unidades, bem como as entrevistas exploratórias às enfermeiras gestoras e enfermeiras orientadoras, revelam-se também de grande contributo para o desenvolvimento das competências acima referidas, assim como para o desenvolvimento de um ambiente terapêutico e seguro³. As referidas entrevistas (bem como a observação das práticas de gestão dos recursos humanos e materiais das unidades) permitem ainda, a partir da análise da prática de um profissional perito e especializado, o desenvolvimento de um quadro referencial no desenvolvimento de práticas de qualidade, gestão dos cuidados e adaptação da liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto⁴ (Regulamento nº 140, 2019).

2.2. Unidade de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

Este estágio, no âmbito da prestação de cuidados de saúde primários, decorreu entre 26 de setembro e 23 de outubro em duas instituições, pertencentes ao mesmo Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS). Tal decisão ocorreu devido à possibilidade de aliar a observação e participação na prestação de cuidados especializados numa USF à observação e participação em reuniões de uma ELI de Lisboa, bem como à observação e análise da intervenção do enfermeiro noutras dimensões da criança e sua família na comunidade, como é o âmbito das equipas de saúde escolar ou do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR).

A USF onde decorreu este estágio serve uma população de 10105 utentes, dos quais 808 são crianças até aos 6 anos, num universo de 2335 utentes com idades compreendidas entre os 0 e os 19 anos.

Por sua vez, a área de ação da UCC abrange 3 freguesias do Norte de Lisboa, dando resposta a 94.071 habitantes, 18124 com idades entre os e os 19 anos, sendo que 6068 têm menos de 6 anos. Nesta Unidade são desenvolvidos vários programas de intervenção na comunidade, seja com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade (como o caso da equipa ELI do SNIPI (que se formou em 2011) ou do NACJR), seja a nível de intervenção domiciliária no âmbito dos cuidados continuados

³ Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Competência B3

⁴ Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Domínios B e C

/ cuidados continuados integrados, bem como a nível de programas de promoção de saúde no domínio da saúde materno-infantil, saúde escolar e intervenção comunitária.

No âmbito deste contexto, foram definidos 4 objetivos específicos, alicerçados nos objetivos gerais delineados para o projeto formativo:

- Identificar o número de crianças com sinalização tardia das alterações de desenvolvimento e as razões;
- Desenvolver competências no cuidado promotor do desenvolvimento, centrado na criança;
- Identificar as dificuldades dos enfermeiros na identificação dos sinais de alarme de desenvolvimento;
- Promover competências para a deteção precoce de sinais de alarme de desenvolvimento (pais e enfermeiros).

Nesse sentido, e com vista à consecução do primeiro objetivo, foi importante não só a entrevista exploratória realizada à enfermeira orientadora da USF (também ela enfermeira gestora da Unidade) mas também à enfermeira integrante na equipa ELI, bem como a participação em 3 reuniões da referida equipa ELI (uma delas com a presença da delegada regional), assim como a análise dos relatórios desta equipa e do trabalho desenvolvido pela equipa do NACJR.

As ELI são, como o próprio nome indica, equipas multidisciplinares criadas para a intervenção local, no âmbito do SNIPI, com o objetivo de detetar e intervir precocemente com crianças com alterações funcionais/estruturais do corpo ou com (ou em risco de) alterações de desenvolvimento e respetiva família. Composta por profissionais da área da Saúde, Educação e Serviço Social, a ELI desta área de ação tem apenas uma EEESIP e uma fisioterapeuta como representantes do domínio da Saúde. No entanto, o trabalho desenvolvido pela EEESIP no seio da equipa multidisciplinar revela-se de excecional importância, pois para além da colaboração na avaliação dos casos, é também responsável pelo contato com as diversas instituições ou pela referência clínica da criança para as especialidades médicas necessárias. Isto vai ao encontro do preconizado no PNSIJ, que identifica o EEESIP, o enfermeiro de família ou o médico assistente como os profissionais que preferencialmente deverão liderar a gestão de toda a referência e consequentemente a continuidade de intervenção a nível dos vários serviços/instituições (DGS, 2013).

Identificando que a criança se encontra a vivenciar uma transição de desenvolvimento que não está a ser bem-sucedida, a intervenção do enfermeiro é fundamental para o desenvolvimento de estratégias e recursos que permitam a esta criança e família superar esta dificuldade, facilitando esta transição. Esta ação ocorre num âmbito *role preventive* - no qual o enfermeiro direciona as crianças e famílias para recursos que lhe permitam prevenir o agravamento da perturbação do seu desenvolvimento – ou de forma *role supplementation*, no qual o EEESIP (e a equipa ELI) apresentam estratégias e recursos para minimizar as complicações e o impacto da perturbação de desenvolvimento (Meleis, 2010). O PNSIJ reconhece a importância dos profissionais de saúde na identificação dos fatores de risco, mas também no diagnóstico e intervenção precoce, sublinhando a necessidade de acompanhamento não só da criança, mas também da sua família (DGS, 2013).

O SNIPI foi criado com o objetivo de detetar e identificar as crianças com necessidade de intervenção precoce, intervindo junto delas e das suas famílias com vista à prevenção e redução dos riscos de atraso de desenvolvimento, bem como à referenciação para os recursos de suporte que permitam minimizar o impacto da situação na saúde e desenvolvimento da criança (SNIPI-GAT, 2019). Deste modo, o plano de intervenção definido pela equipa ELI para cada caso é único e individualizado, mobilizando os recursos necessários aquela criança e sua família. Toda a intervenção é realizada com e na família, não se centrando apenas na criança, mas envolvendo também a sua família e o ambiente que a rodeia, minimizando e intervindo desta forma sobre os fatores de risco ao seu desenvolvimento e bem-estar. Ao estabelecer uma relação de ajuda baseada também na comunicação, negociação e colaboração (Coyne et al, 2018) o EEESIP assume uma ação realmente centrada na família, tornando-a parceira em toda a intervenção e não apenas um agente passivo recetor de cuidados. Esta relação de parceria é evidente não só na ELI, mas também na equipa do NACJR, o que foi possível observar no acompanhamento realizado ao trabalho da equipa nos casos das crianças sinalizadas. Embora apenas alguns dos casos acompanhados pela ELI estejam sinalizados para a equipa de NACJR, a existência de uma situação de perturbação de desenvolvimento (e consequente desgaste emocional, físico e financeiro a nível familiar) poderá revelar-se um fator de risco para algumas crianças e suas famílias, pelo que deveria ser considerada a sua sinalização através de uma perspetiva preventiva de vigilância, avaliando o risco familiar, e que permita acompanhar e colaborar com estas famílias

também nesta dimensão, permitindo-lhes o acesso a recursos que minimizem os fatores de risco familiar de abuso ou mau trato.

A observação realizada em contexto da ELI, bem como os momentos de reflexão realizados com alguns dos seus elementos permitiram perceber que o baixo número de sinalizações nos primeiros três anos de vida se deve ao facto da referenciação na maioria dos casos ser realizada apenas quando já existem alterações. Esta realidade é concordante com a dificuldade no reconhecimento do momento correto para referenciação, identificada por Figueiras et al (2003), Maia (2016) e Correio (2020). A grande exceção a esta situação são as referenciações realizadas pelas unidades de neonatologia da sua zona de ação associadas aos fatores de risco inerentes à prematuridade. Outro fator que poderá originar atraso na referenciação é o facto de alguns profissionais de saúde não terem conhecimento dos procedimentos adequados para que a referenciação seja efetivada, pois para além do preenchimento do formulário de avaliação e referenciação a nível da plataforma *SClínico* (sistema de informação existente nas unidades de saúde de cuidados primários e secundários); o formulário também tem que ser impresso e enviado por email, correio ou fax para que a criança possa ser inserida no sistema e o seu caso possa ser avaliado. Não obstante estas dificuldades, é possível verificar, através da análise dos relatórios da ELI, que cerca de 1/3 das crianças acompanhadas por esta ELI encontram-se nos três primeiros anos de vida. Das 150 crianças com intervenção direta por parte das equipas ELI, 49 têm menos de 3 anos. É também interessante verificar que, destas 150 crianças, 75 delas foram referenciadas ao SNIPi por profissionais de saúde.

A possibilidade de colaborar com a equipa de NACJR revelou-se também um momento de grande aprendizagem pela importância que o enfermeiro especialista tem na identificação e intervenção em situações de risco com a criança e a sua família, colaborando com a família na implementação de planos que minimizem o impacto desses fatores de risco na saúde da criança ⁵ (Regulamento n.º 422/2018).

Para além da capacidade de integrar conhecimentos, lidando com situações complexas⁶ (Decreto-Lei n.º 65/2018), todas estas atividades contribuíram não só, para consolidar o desenvolvimento da competência específica de assistência à criança e família na maximização da sua saúde, mas também do cuidado à criança e família

⁵ Unidades de Competência Específica do EEESIP: E1.1. e E1.2.

⁶ Competências para obtenção do Grau de Mestre: c);

em situações de especial complexidade, promovendo a adaptação às suas necessidades.⁷ O reconhecimento do papel do enfermeiro especialista como gestor de caso em muitas das situações, numa equipa multidisciplinar como é o caso da ELI, permitiu também identificar o desenvolvimento de práticas de gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, bem como a competência de adaptação da liderança e gestão dos recursos à situação, que se perfilam como competências comuns de um EEESIP⁸ (Regulamento n.º140/2019).

Visando a prestação de cuidados promotores do desenvolvimento, o acompanhamento de 35 lactentes, crianças e adolescentes de todas as idades revelou-se de extrema importância para o desenvolvimento e consolidação de competências na área da vigilância de saúde Infantil e Juvenil. A realização de avaliação de desenvolvimento a partir de exames de saúde oportunistas, aproveitando cada contacto da criança/jovem e sua família, permitiu operacionalizar este processo através da observação de fatores de risco ou sinais de alerta (como por exemplo, em situações de recorrência à USF para realização de vacinação), mas também através do rastreio realizado com recurso à Escala de Mary Sheridan modificada, que se encontra disponível em formato digital no sistema informático *SClínico* (nas idades-chave definidas ou nos contactos realizados em momentos aproximados às idades-chave). A importância do processo de avaliação de desenvolvimento da criança na avaliação do seu estado geral de saúde é também ela reconhecida no PNSIJ (DGS, 2013) que define que a avaliação de desenvolvimento deverá ser sempre considerada no contexto da promoção da saúde da criança, sendo realizada através da observação da mesma – com ou sem recurso a instrumentos de rastreio -, mas também da identificação e reconhecimento de fatores de risco, aliadas às observações dos pais. Nesse sentido, o desenvolvimento de uma consulta de saúde infantil (ou mesmo de um contacto para um rastreio de doenças metabólicas ou para um momento de vacinação) foi sempre realizado numa perspetiva de parceria com a família, na qual a mesma tem um papel ativo na relação de ajuda, e a qual pode partilhar as suas ansiedades e preocupações, definindo-se estratégias e identificando-se recursos sempre em colaboração com a família. A parentalidade é, em si mesmo, uma transição que se encontra a ser vivida por cada um destes pais, tal como sublinha Hattar-Pollara (2010), transição essa que se encontra muitas vezes associada a outras transições.

⁷ Unidades de Competência Específica do EEESIP: E1.1, E.1.2, E2.3, E2.4, E2.5, E3.1

⁸ Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: B2; C2

Os pais precisam mais do que informação para conseguirem viver esta transição de forma bem-sucedida; precisam de expressar as suas preocupações e sentimentos e também de encontrar formas de maximizar o seu papel – esta definição de Swendsen et al. (2010), referente a futuros pais, pode ser adaptada a qualquer pai, em qualquer fase da sua parentalidade.

No entanto, não deve ser minimizada a importância do conhecimento partilhado pelo EEESIP nas consultas de saúde infantil e juvenil na prevenção de situações de crise, ou pelo menos, na minimização do impacto das mesmas. Ao capacitar os pais de conhecimento que lhes permita vivenciar de forma mais tranquila os momentos críticos de rutura no desenvolvimento (também chamados *touchpoints*) o EEESIP contribui para que os pais estejam preparados para responder às necessidades individuais da criança, como defende Brazelton (2021). Empoderar os pais com conhecimento que lhes permita não só identificar sinais de alerta ou minimizar situações de risco, como no caso dos cuidados antecipatórios, mas também compreender o processo de desenvolvimento do seu próprio filho e as suas capacidades e potencialidades, é trabalhar em parceria com os mesmos, dotando-os do máximo de ferramentas para que possam vivenciar de forma segura e tranquila o seu papel parental.

A intervenção desenvolvida não só nas consultas de vigilância de saúde infantil, mas também em cada contacto com a criança/jovem e família, permitiu a consolidação de competências específicas de assistência à criança na maximização da sua saúde, diagnosticando fatores de risco que possam afetar negativamente a sua qualidade de vida e colaborando com os pais na elaboração de um plano terapêutico promotor da parentalidade⁹. Comunicando com a criança e família de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e cultura¹⁰, a promoção do crescimento e desenvolvimento¹¹, bem como da vinculação¹² (no caso dos contactos com recém-nascidos) foram preocupações presentes em todas as intervenções realizadas com a criança/jovem e família na USF, bem como o respeito pela autodeterminação do adolescente nas suas escolhas de saúde (e a promoção da sua autoestima)¹³ (Regulamento n.º 422/2018). Para além disso, foram desenvolvidas competências de implementação e gestão de

⁹ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E1.1 e E1.2

¹⁰ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E3.3

¹¹ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E3.1

¹² Unidade de Competência Específica do EEESIP: E3.2

¹³ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E3.4

um ambiente terapêutico seguro¹⁴, bem como ao nível do desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade e da promoção de uma práxis baseada na evidência científica¹⁵ (Regulamento nº140/2019). Estas atividades facilitaram ainda o desenvolvimento de competências que visam a capacidade de aplicação do meu corpo de conhecimentos em situações novas e não familiares, bem como de comunicação dos conhecimentos e conclusões da minha tomada de decisão a especialistas e não especialistas¹⁶ (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Relativamente aos restantes objetivos específicos definidos para este contexto, foram desenvolvidas várias atividades com vista à sua prossecução. Após entrevista aos elementos da equipa de enfermagem, foi possível constatar que todos os enfermeiros da USF, à exceção da EEESIP, referem dificuldades na avaliação do desenvolvimento de crianças em diferentes estádios de desenvolvimento, poucos conhecimentos sobre os diferentes instrumentos de rastreio como um dos principais obstáculos a uma correta e eficaz vigilância de alterações de desenvolvimento. Tal conclusão é concordante com o já referido por Reichert et al. (2015), que no seu estudo realizado com Enfermeiros de USF no Brasil, reconhece a falta de preparação formativa para a vigilância do desenvolvimento infantil como um dos fatores perturbadores no reconhecimento precoce de desvios.

Com a sua formação avançada realizada em outras áreas que não a de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, as enfermeiras da USF onde foi realizado o estágio referem que a existência da parametrização digital da Escala de Mary Sheridan modificada auxilia na identificação de desvios, mas que está dependente de acesso ao processo e à plataforma digital *SClínico*. De forma a minimizar esta dificuldade, foi desenvolvido um cartaz informativo e uma base de secretária (Apêndice IV), que incorpora a Escala Mary Sheridan modificada (e os materiais necessários à sua aplicação em cada uma das idades-chaves) bem como a listagem de sinais de alarme para cada idade-chave definidas no PNSIJ. Este cartaz passou a estar presente em todas as salas onde é realizada intervenção de enfermagem à criança e sua família, ficando a base de secretária nos gabinetes onde decorrem as consultas de vigilância de saúde infantil, o que permite a qualquer profissional uma rápida consulta (e esclarecimento de dúvidas) a qualquer momento.

¹⁴ Competência comum do Enfermeiro Especialista: B3

¹⁵ Competência comum do Enfermeiro Especialista: D1 e D2

¹⁶ Competências para obtenção do Grau de Mestre: b) e d)

Perspetivando a capacitação parental para a identificação de sinais de alarme no desenvolvimento, e corroborando as diretrizes do PNSIJ, que preconiza a realização de ações de informação e ensino aos pais no âmbito da estimulação e promoção do desenvolvimento infantil (DGS, 2013), foi elaborado um folheto (Apêndice V) sobre os sinais de alarme no desenvolvimento entre os 0 e os 5 anos, com o objetivo não só de ser entregue aos pais nas consultas de vigilância, mas também de ficar disponível na sala de espera da Unidade. Deste modo, perspectiva-se que a transmissão de conhecimentos não fique apenas limitada ao momento de consulta, mas que os mesmos possam estar disponíveis também num suporte escrito, com informação científica fiável (ainda que em linguagem acessível ao público abrangido pela USF) que possa ser posteriormente consultado pelos pais em qualquer altura. Ainda que inseridos num mundo cada vez mais digital, a utilização de panfletos como meio de promoção em saúde é ainda hoje considerada bastante eficaz na prevenção primária, como salienta a revisão sistemática realizada por Barik et al (2019). Esta revisão, evidencia ainda que a eficácia é elevada nos públicos-alvo adultos, potencializada quando combinadas com outro método, como por exemplo a transmissão de conhecimento realizada pelos próprios profissionais.

A elaboração destes dois suportes formativos contribuiu não só para o desenvolvimento da competência específica de prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades de desenvolvimento da criança, mais concretamente na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil ¹⁷, mas também - no caso do folheto - na assistência à criança com a sua família, contribuindo para o diagnóstico de situações de risco que possam afetar negativamente a qualidade de vida da criança ¹⁸ (Regulamento n.º 422/2018). Permitiu ainda o desenvolvimento de competências comuns como a mobilização de conhecimentos que visam a melhoria continua da qualidade ou a otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades do contexto, sem esquecer a responsabilização como elemento facilitador da aprendizagem¹⁹ (Regulamento n.º 140/2019). Atividades que permitiram consolidar não só a competência de conseguir comunicar os meus conhecimentos a especialistas e não especialistas, tal como é preconizado para a obtenção do grau de mestre ²⁰ (Decreto-Lei n.º 65/2018).

¹⁷ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E3.1

¹⁸ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E1.2

¹⁹ Unidade de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: B1.1, C 2.1 e D2.1, respetivamente

²⁰ Competências para obtenção do Grau de Mestre: d)

2.3. Centro de Desenvolvimento

O estágio no contexto de Centro de Desenvolvimento decorreu entre 24 outubro e 6 novembro de 2022, num centro de desenvolvimento inserido num complexo hospitalar. Este é um centro multidisciplinar, de referência, vocacionado para prevenção, diagnóstico e acompanhamento/tratamento de crianças com patologias do foro neurológico e de desenvolvimento. Visa prestar apoio clínico e psicossocial às crianças e famílias, promovendo também a ligação com os cuidados de saúde primários e recursos da comunidade da área. Para além disso, procura desenvolver atividade científica e de investigação, bem como de formação multidisciplinar na sua área de atuação.

A decoração do centro, com desenhos infantis, realizada por uma organização internacional, confere ao Centro um ambiente mais humanizado e adequado ao contexto pediátrico. A equipa é constituída por 4 enfermeiras (3 EEESIP, 1 Generalista) e por outros 29 profissionais, existindo, quando necessário, uma articulação clínica muito próxima com a equipa de Pedopsiquiatria.

Todas as crianças e famílias acompanhadas no Centro são admitidas apenas por referenciação, podendo esta ocorrer de forma externa (a partir de instituições clínicas de todo o distrito, quer a nível de cuidados de saúde primários, quer a nível de outros contextos clínicos) ou intra-hospitalar (a partir da referenciação de qualquer especialidade médica, sendo que a nível da Unidade de Neonatologia esta é feita de forma automática, no momento de preparação para a alta. O seu acompanhamento é feito até aos dois anos de idade, tendo alta do Centro nessa idade caso não se detete nenhuma situação patológica ou perturbação do desenvolvimento).

Considerando a problemática central deste projeto e a missão deste Centro, este contexto revelou-se de excecional importância para conhecer e compreender a intervenção desta equipa em crianças com alterações de desenvolvimento e sua família, não só na sua prevenção, deteção e diagnóstico, mas também a nível da intervenção e minimização do impacto destas alterações no bem-estar e saúde da criança.

Nesse sentido, definiram-se dois objetivos específicos:

- Compreender a intervenção do EEESIP em contexto de consulta de desenvolvimento;

- Identificar o número de crianças com sinalização tardia de alterações de desenvolvimento e as razões:

Devido à dificuldade em quantificar o número de crianças referenciadas tardiamente, bem como as razões desse atraso na sinalização, pela ausência de relatórios que comprovem a referenciação tardia, não foi possível atingir o segundo objetivo. No entanto, e perante esta dificuldade, otimizou-se o tempo da experiência formativa na prossecução do primeiro objetivo específico. A intervenção realizada pelo EEESIP no contexto do centro de desenvolvimento é altamente diferenciada, visando não só a promoção do desenvolvimento, mas também a maximização do potencial do desenvolvimento da criança, através de diferentes estratégias e recursos. Através da consulta de enfermagem, o EEESIP no Centro procura identificar as necessidades da família, realizando o encaminhamento para as diferentes especialidades clínicas, bem como para os recursos comunitários disponíveis, de forma a responder às suas necessidades especiais de saúde. Um dos focos de intervenção de enfermagem com especial relevância na dinâmica do centro é a referenciação e acompanhamento de todas as crianças e famílias internadas na Unidade de Neonatologia, que tenham nascido com idade gestacional inferior a menos de 32 semanas ou menos de 1500gr de peso. Esta necessidade partiu do reconhecimento do impacto que a prematuridade pode ter no desenvolvimento infantil, apresentando-se como um fator de risco para a ocorrência de alterações no mesmo, tal como afirmam Fisher (2019), Mc Gowan et al. (2022) e World Health Organization (2022). A partir da estrita colaboração com a equipa multidisciplinar da Unidade, a equipa de enfermagem do Centro é contactada na fase de preparação da alta destas crianças sinalizadas, o que permite que a mesma se apresente à família e comece aí o seu processo de relação de ajuda. É então marcada a primeira consulta de acompanhamento no Centro, sendo realizada consulta de enfermagem periodicamente até aos 2 anos, altura em que a criança tem alta da consulta caso não apresente nenhuma alteração ou sinal de alteração de desenvolvimento. Embora o enfermeiro possa recorrer a instrumentos fiáveis como a escala de Mary Sheridan para identificar e rastrear alterações de desenvolvimento, esta avaliação mais formal, quando existem suspeitas de perturbações no desenvolvimento, é realizada por outros profissionais, mais concretamente pelos psicólogos, com recurso à Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths, a partir dos 2 anos de idade. Os enfermeiros, com especial relevância para os EEESIP, nas suas consultas, assumem o papel de gestores de caso, identificando as necessidades da criança e família, mobilizando recursos de forma a responder a estas necessidades,

desempenhando também funções de ligação entre os diversos especialistas que acompanham a criança. Ao desenvolver este cuidado centrado na família, o EEESIP assume um papel facilitador numa transição de desenvolvimento e, muitas vezes, de saúde-doença, que nem sempre se encontra a ser vivenciada da forma mais tranquila pela criança e pela família. Neste acompanhamento durante os dois primeiros anos de vida, para além da vigilância da saúde e do desenvolvimento da criança, o EEESIP age também na promoção desse mesmo desenvolvimento, ao capacitar os pais com conhecimento sobre os marcos de desenvolvimento expectáveis em cada idade-chave, dotando-os de estratégias promotoras que permitam maximizar o potencial de desenvolvimento de cada criança, mas também vivenciar de forma mais serena cada período crítico deste processo.

De acordo como o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, a gestão da dor e do bem-estar da criança e do jovem, é uma unidade de competência²¹, inserida no domínio da competência do cuidado à criança/jovem e família em situações de especial complexidade (Regulamento nº 422/2018). A preocupação pela gestão deste bem-estar e minimização da dor é também um dos pilares da filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica: os cuidados não traumáticos. Este conceito refere-se à prestação de cuidados terapêuticos com recurso a ambientes, pessoal ou estratégias que eliminem ou atenuem o sofrimento, seja ele físico ou psicológico, vivenciado pelas crianças/famílias no sistema de saúde (Hockenberry, 2019). Devido às suas necessidades especiais a nível de desenvolvimento, a familiarização com os profissionais, os procedimentos e os locais, ganha ainda maior relevo para que os cuidados e procedimentos realizados sejam o menos traumáticos possível. Nesse sentido, as colheitas de sangue (ou outros procedimentos invasivos) necessárias no acompanhamento clínico destas crianças são realizadas no centro, pela equipa de enfermagem. Foi possível verificar, através dos testemunhos dos pais, que toda o procedimento é muito menos traumático para a criança e família, por ser realizado por um profissional de referência, que conhece a criança, os seus medos, receios e reações.

É importante ainda evidenciar neste relatório que este Centro reconhece, na sua definição enquanto centro de referência, três dimensões principais de atividade: a assistencial, mas também a formativa e científica. Nesse sentido, e para além de toda a produção e publicação de evidência científica, é um centro de referência na

²¹ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E 2.2

formação pedagógica de profissionais de saúde das diferentes áreas disciplinares, dinamiza frequentemente ações formativas para grupos de pais e profissionais de outra área, bem como se preocupa com a atualização científica do corpo de conhecimentos dos profissionais da Unidade. É com este objetivo que são promovidas semanalmente as sessões de *Journal Club*. Estratégia formativa, que responsabiliza um elemento da equipa multidisciplinar a trazer um artigo científico, apresentar, promover a discussão e reflexão conjunta é promotora de uma prática clínica baseada na evidência (Moreira et al., 2022). O reconhecimento da importância dessas sessões por parte dos responsáveis do Centro é evidente na gestão das agendas de toda a equipa multidisciplinar, sendo que as mesmas são dinamizadas em horário laboral, não ocorrendo sobreposição de atividade assistencial durante esse momento formativo e reflexivo. No âmbito de uma dessas sessões, foi proposta a apresentação de um artigo científico, sobre a influência dos irmãos no processo de desenvolvimento infantil e o seu impacto na intervenção com crianças com alterações de desenvolvimento (Apêndice VI) que se revelou um momento de análise e reflexão da equipa multidisciplinar sobre a parceria de cuidados que era realizada com a família, na qual, de forma não intencional, muitas vezes os irmãos não são incluídos no plano de saúde.

Todas estas atividades permitiram o desenvolvimento e consolidação de várias competências, quer a nível das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, quer a nível das requeridas para a obtenção do grau de mestre. Ao observar a intervenção do EEESIP no contexto do Centro de Desenvolvimento, foi possível identificar a implementação e gestão de um plano de saúde promotor da parentalidade, simultaneamente ao diagnóstico e intervenção em situações e fatores de risco para a qualidade de vida da criança²². Para além disso, na sua intervenção, o EEESIP demonstra a sua resposta a condições adversas de saúde, por vezes raras e incapacitantes, providenciando cuidados promotores da majoração dos ganhos em saúde²³. No âmbito das suas consultas, adaptando a sua comunicação ao estágio de desenvolvimento e cultura, o EEESIP procura promover o crescimento e o desenvolvimento infantil, com especial atenção à promoção da vinculação²⁴. Este foco ganha ainda mais relevância quando se considera as necessidades especiais de saúde apresentadas por muitas das crianças acompanhadas (Regulamento nº

²² Unidade de Competência Específica do EEESIP: E 1.1, E1.2

²³ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E 2.3, E 2.4 e E 2.5

²⁴ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E 3.3, E 3.1 e E 3.2, respetivamente

422/2018). A demonstração de todas estas competências específicas do EEESIP permitiu fortalecer o desenvolvimento das minhas próprias competências, através da análise e reflexão da ação de todos estes enfermeiros peritos.

A intervenção dos elementos da equipa de enfermagem permitiu ainda identificar competências de mobilização de conhecimentos e habilidades²⁵, bem como a otimização do trabalho de equipa através da adequação dos recursos às necessidades de cuidados²⁶. Através da observação da prática clínica, foi possível identificar o impacto dessas competências na prestação de cuidados especializados, que facilmente poderão ser replicadas noutros contextos. A garantia de um ambiente terapêutico e seguro²⁷, sempre com a consciência do papel e das funções do enfermeiro na equipa, especialmente nos momentos em que foi possível participar na observação da ação especializada dos outros profissionais no plano de intervenção da criança²⁸, foram competências comuns de Enfermeiro Especialista que encontraram consolidação na experiência vivida neste contexto. Para além disso, a possibilidade da partilha de conhecimento científico numa sessão de *Journal Club*, permitiu trabalhar no desenvolvimento da competência da sustentação de uma prática clínica baseada e suportada pela evidência científica, que se requer atualizada²⁹ (Regulamento nº140/2019). Esta atividade foi igualmente importante no desenvolvimento da capacidade de aplicação do meu corpo de conhecimentos em situações novas e não familiares, em contexto multidisciplinar bem como de comunicar conhecimentos a especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades³⁰ - competências requeridas para a obtenção do grau de mestre. No entanto, e considerando o domínio destas competências, a observação e a participação na intervenção dos diferentes profissionais da equipa multidisciplinar contribuíram ainda para a consolidação da capacidade de integrar conhecimentos, lidar com situações complexas e desenvolver soluções³¹ (Decreto-Lei n.º 65/2018).

²⁵ Unidade de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: B 1.1

²⁶ Unidade de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: C 2.1

²⁷ Competência Comum do Enfermeiro Especialista: B 3

²⁸ Unidade de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: D 3.1

²⁹ Competência Comum do Enfermeiro Especialista: D2

³⁰ Competências para obtenção do Grau de Mestre: b) e d), respetivamente

³¹ Competências para obtenção do Grau de Mestre: c)

2.4. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

No período entre 7 de novembro e 2 de dezembro de 2022 decorreu o estágio no contexto de urgência pediátrica, num SUP de um hospital de Lisboa. Atendendo crianças e adolescentes entre os 0 anos e os 17 anos e 364 dias - encerrando apenas no período noturno - possui uma equipa médica própria, auxiliada por pediatras de outros serviços e clínicos de diversas especialidades. A sua equipa de enfermagem é constituída por 26 enfermeiros, sendo cinco deles EEESIP, 1 enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e os restantes enfermeiros de cuidados gerais.

Este contexto, fundamental para o desenvolvimento de uma prática especializada, principalmente ao nível de situações clínicas de especial complexidade, permitindo não só o desenvolvimento de capacidades de julgamento clínico na resposta rápida à criança com situações clínicas críticas e de instabilidade de funções vitais, mas também da mobilização de um corpo de conhecimentos amplos que permitam a resposta adequada a todas as situações num serviço de urgência. Nesse sentido, e tendo em conta a temática deste projeto, foram definidos dois objetivos específicos:

- Desenvolver competências no cuidado de enfermagem à criança/jovem e família em contexto de urgência pediátrica;
- Identificar as dificuldades dos enfermeiros relativamente à identificação dos sinais de alarme de desenvolvimento.

As diversas áreas de intervenção do enfermeiro neste serviço – triagem, sala de tratamentos, sala de reanimação, sala de pequena cirurgia, Sala de Observações e Unidade de Cuidados Especializados – exige competências de apreciação e juízo clínico consolidadas – na avaliação inicial que realiza no momento de triagem, bem como competências técnicas e conhecimentos para responder às situações complexas de saúde (Unidade de Cuidados Especializados), assim como às situações de grande instabilidade das funções vitais (sala de reanimação). O SUP apresenta-se assim como um local formativo de excelência para o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas (e não só), onde é possível observar a perícia dos elementos da equipa na resposta não só à criança gravemente doente, mas também à criança com condição crónica em crise de agudização.

Exemplos disso são a intervenção de enfermagem realizada com várias crianças com dificuldade respiratória grave (com necessidade de suporte ventilatório não invasivo), a rápida atuação e intervenção perante uma situação de ingestão medicamentosa voluntária por parte de uma adolescente, mas também em situações agudas de descompensação da condição crónica da criança (por exemplo condições de doença neurológica congénita), crianças com situações clínicas agudas do foro neurológico – como crises convulsivas - bem como a miríade de situações clínicas observadas na sala de triagem. Também a permanente preocupação com a minimização da dor é uma das competências especializadas facilmente identificadas na intervenção da equipa de enfermagem.

Sendo este um contexto em que a decisão e o julgamento clínico estão, muitas vezes, dependentes de exames complementares de diagnóstico, o que implica que a criança tenha de ser submetida a procedimentos potencialmente dolorosos ou ansiogénicos, a dor acaba por estar ligada à experiência de recorrer a um SUP. Merck e McElfresh (2019) identificam a admissão num serviço de urgência como uma das experiências hospitalares mais traumáticas, pelo facto de muitas vezes existir pouco tempo para preparação e explicação devido à necessidade de resposta rápida à sua condição de doença. Mesmo quando tal necessidade não existe, as autoras consideram que este não deixa de ser um ambiente estranho e assustador, com várias experiências que podem provocar dor, para além da exposição a outros *stressors* como a ansiedade separação, a perda de controle ou o medo de danos corporais. Nesse sentido, e procurando o desenvolvimento de cuidados não traumáticos, o EEESIP procura a minimização da dor, decorrente da condição clínica ou de procedimentos invasivos dolorosos. Esse objetivo é facilmente identificável na utilização de técnicas não farmacológicas como uso de EMLA® ou sacarose nos momentos de punção venosa, ou na utilização do brincar terapêutico e da distração aquando da realização de procedimentos. Para além disso, neste contexto, é possível observar um cuidado centrado na família onde o enfermeiro estabelece uma relação de parceria com os pais, promovendo sempre a sua presença e colaboração durante os procedimentos. O conhecimento que têm da criança e dos seus comportamentos permitem-lhes assumir uma posição privilegiada enquanto mediadores das queixas da criança, mas também como promotores na decisão e utilização de estratégias não farmacológicas da dor eficazes (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Foi visível, tal como afirmam Merck e McElfresh (2019), que o facto de disponibilizar tempo para a preparação da criança e possibilitar a participação da mesma nos procedimentos,

diminui significativamente a resistência e promove a cooperação da criança nos mesmos, restituindo uma sensação de controle. Assim, e perante uma situação tão ansiogénica como é a admissão num serviço de urgência para crianças/jovens e pais, o EEESIP demonstra-se como um fator facilitador na minimização dos *stressors* existentes na transição de saúde-doença que a criança se encontra a vivenciar.

A prestação de cuidados a crianças/jovens e famílias nas diversas áreas do SUP contribuíram para a consolidação de todas as competências específicas do EEESIP: assistência à criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, cuidado à criança/jovem em situações de especial complexidade e prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem³². A primeira competência é facilmente identificada na maioria dos casos das crianças que recorrem ao SUP, pois não carecem de internamento, e como tal, é desenvolvido, em parceria com a criança e família, um plano de saúde, visando a capacitação parental para a resposta às necessidades da criança no domicílio, tendo em conta a atual transição de saúde-doença³³. Para além disso, a sala de triagem, bem como a sala de reanimação, é um local de excelência para o diagnóstico precoce e posterior intervenção nas situações de risco que podem afetar negativamente – e muitas vezes de forma rápida – a vida da criança³⁴. Isto foi evidente em situações de crianças com dificuldade respiratória, cujo diagnóstico e intervenção preveniram a ocorrência de complicações mais graves.

O facto da enfermeira orientadora neste contexto ser a interlocutora do serviço no NACJR do hospital, permitiu também o contacto com o diagnóstico e referência de situações de risco de maus-tratos e negligência à criança e jovem. A intervenção terapêutica de enfermagem em contexto de SUP permitiu ainda o desenvolvimento do reconhecimento e prestação de cuidados de enfermagem em situações de instabilidade vital e risco de morte, bem como a gestão e otimização de respostas à dor da criança, através do recurso a diferentes estratégias farmacológicas e não farmacológicas³⁵.

A intervenção com algumas crianças ao nível da sala de observações e unidade de cuidados especializados, permitiu também a prestação de cuidados a crianças com situações de doença crónica ou incapacidade, muitos deles promotores da majoração

³² Competência Específica do EEESIP: 1, 2 e 3, respetivamente

³³ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E1.1

³⁴ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E1.2

³⁵ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E 2.1 e E2.2

dos ganhos em saúde³⁶. Estes locais permitiram ainda a prestação de cuidados a crianças com doenças raras³⁷, bem como com situações patológicas agudas originadoras de incapacidade temporária ou permanente (patologias do foro neurológico, cardíaco, respiratório e ortopédico), no qual foi iniciada com os pais o processo de adaptação à sua nova condição³⁸.

No que se refere às restantes competências específicas, a adaptação da comunicação ao estágio de desenvolvimento e cultura da criança e família foi uma dimensão presente nos cuidados prestados no SUP. Esta adaptação revelou-se de especial importância neste contexto, considerando a multiculturalidade da população que recorre a este SUP, com bastantes imigrantes residentes na área de referência da instituição³⁹. A intervenção com o adolescente em diversas situações, como por exemplo no caso de situações de jovens com ideação suicida ou patologia do foro mental, permitiu ainda desenvolver a promoção da autoestima e da autodeterminação do mesmo no seu plano de saúde⁴⁰ (Regulamento n.º 422/2018).

A experiência formativa neste contexto permitiu também o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista. A demonstração e avaliação de uma tomada de decisão, baseada nos princípios éticos e deontológicos⁴¹, mas também respeitadora dos direitos humanos, da segurança e dignidade do cliente⁴², não só na minha prática mas também observada na prática da enfermeira orientadora - que enquanto responsável de equipa gere a defesa destes princípios e valores na prática de cuidados da equipa – é um dos exemplos do desenvolvimento dessas competências, nas diversas áreas deste contexto: sala de triagem, sala de observação e unidade de cuidados especializados. A mobilização de conhecimentos na colaboração dos programas institucionais de melhoria de qualidade⁴³, bem como a garantia de um ambiente terapêutico e seguro⁴⁴ foram também desenvolvidos na prática de cuidados realizados neste contexto. A observação da intervenção de enfermagem realizada pela enfermeira orientadora, bem como a participação ativa nos cuidados prestados no contexto, promoveu o desenvolvimento de competências

³⁶ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E2.4

³⁷ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E2.3

³⁸ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E2.5

³⁹ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E3.3

⁴⁰ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E3.4

⁴¹ Unidade de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: A 1.1 e A 1.3

⁴² Unidade de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: A 2.1 e A 2.2, respetivamente

⁴³ Unidades de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: B 1.1 e B 2.1

⁴⁴ Competência Comum do Enfermeiro Especialista: B 3

de gestão dos cuidados de enfermagem⁴⁵, principalmente na otimização do trabalho de equipa na gestão dos recursos humanos e materiais⁴⁶, mas também a consolidação do autoconhecimento e assertividade⁴⁷. O fato de apresentar uma práxis baseada em evidência científica⁴⁸, permitiu, para além da demonstração de uma prática sustentada e fundamentada, mas também a assunção da responsabilidade de ser facilitador de aprendizagem, através da partilha de conhecimento na minha área de experiência clínica com os restantes elementos da equipa (Regulamento nº140/2019). Toda a colaboração e participação na prestação de cuidados à criança em contexto de SUP, contribuiu para o desenvolvimento de competências ao nível da integração de conhecimentos, capacidade de lidar com questões complexas, e tomada de decisões em situações de informação limitada ou incompleta, bem como a capacidade de comunicar as minhas conclusões, de forma clara, a especialistas e não especialistas⁴⁹. Contribuiu ainda para a o desenvolvimento da minha autoaprendizagem⁵⁰, seja a nível profissional ou do corpo de conhecimentos científicos, com a possível posterior transferência de saber para outros contextos (Decreto-Lei n.º 65/2018).

A consecução do segundo objetivo - Identificar as dificuldades dos enfermeiros relativamente à identificação dos sinais de alarme de desenvolvimento – foi atingida através do levantamento das suas necessidades formativas acerca a esta temática. Os resultados revelaram que quase todos os elementos consideraram fragilidades nos seus conhecimentos. Depois deste diagnóstico inicial, foi consensual na equipa que se deveriam aproveitar todos os momentos de contato entre os profissionais de saúde e a criança para a promoção da saúde (mesmo conscientes de que a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil poderá ser de difícil aplicabilidade, em caso de doença aguda), sobretudo nos casos em que a recorrência ao serviço de urgência poderá ser um dos poucos contactos da criança e respetiva família com o sistema de saúde.

Nesse sentido, foi realizada uma sessão de Formação em Serviço com o tema “Sinais de alarme no desenvolvimento infantil” (Apêndice VII), no qual foi reforçada a importância da identificação dos sinais de alarme de alterações no desenvolvimento

⁴⁵ Competência Comum do Enfermeiro Especialista: C1

⁴⁶ Unidades de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: C 2.1

⁴⁷ Competência Comum do Enfermeiro Especialista: D1

⁴⁸ Competência Comum do Enfermeiro Especialista: D2

⁴⁹ Competências para obtenção do Grau de Mestre: c) e d), respetivamente

⁵⁰ Competências para obtenção do Grau de Mestre: e)

na criança, bem como uma breve apresentação da Escala de Mary Sheridan e dos sinais de alarme no desenvolvimento infantil. Para otimizar o acesso à informação em futuras situações de dúvida no caso de possíveis sinais de alarme no serviço de urgência, foi desenvolvido também um instrumento - Memorando dos sinais de alarme para detecção de alterações no desenvolvimento infantil (Apêndice VIII) - que fica disponível em vários pontos do serviço, tornando-se uma ferramenta de fácil consulta, em tamanho A4, sobre os sinais de alarme em cada idade chave.

Todas estas atividades cimentaram o desenvolvimento de competências específicas como a de diagnóstico precoce de situações de risco para a qualidade de vida da criança, bem como a de promoção do desenvolvimento infantil⁵¹, quer a nível do meu processo formativo, quer a nível da própria equipa (Regulamento n.º 422/2018). O diagnóstico das dificuldades sentidas relativamente a esta temática permitiu também a avaliação das práticas clínicas⁵², com a posterior implementação de soluções que permitissem a melhoria dessas mesmas práticas⁵³. Toda esta consolidação formativa da equipa sobre desenvolvimento infantil permitirá também uma tomada de decisão mais consciente⁵⁴ no que concerne ao papel preventivo que o enfermeiro pode desenvolver na detecção precoce de alterações de desenvolvimento. Neste sentido, a formação realizada e o instrumento desenvolvido promoveram a partilha de conhecimento com a equipa, o também que me possibilitou assumir um papel na formação da equipa sobre esta temática, consciencializando-a para a importância da mesma numa prática clínica que se pretende especializada e alicerçada na evidência científica⁵⁵ (Regulamento nº140/2019). Para além disso, e numa perspetiva pessoal, contribuiu, tal como outras atividades de disseminação de conhecimento noutros contextos, para saber aplicar os meus conhecimentos e capacidade de resolução de problemas, bem como de comunicação desses mesmos conhecimentos, numa linguagem clara e adaptada ao público-alvo⁵⁶ (Decreto-Lei n.º 65/2018).

⁵¹ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E 1.2 e E 3.1

⁵² Unidades de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: B 2.1

⁵³ Unidades de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: B 2.2

⁵⁴ Unidades de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: C 1.1

⁵⁵ Competência Comum do Enfermeiro Especialista: D 2

⁵⁶ Competências para obtenção do Grau de Mestre: b) e d), respetivamente

2.5. Unidade de Neonatologia (UN)

Este estágio decorreu no período entre 5 a 18 de dezembro e 2 a 13 de janeiro. A Unidade pertence a um hospital central, reconhecido como Hospital Amigo dos Bebés e tem uma capacidade de 14 camas (6 de nível III e 8 de nível II). É constituída por uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte 38 enfermeiros, 9 deles EEESIP e um especialista em Enfermagem de Reabilitação. Esta unidade dá resposta assistencial aos recém-nascidos internados, provenientes não só do Bloco de Partos, mas também transferidos de outras unidades hospitalares pela equipa de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico. Juntamente com outra unidade de assistência especializada a nível pediátrico, constitui um centro de referência para o tratamento e acompanhamento de situações congénitas do foro cardíaco.

Considerando a temática central deste projeto formativo, este contexto revelou-se de uma especial importância na identificação de fatores preditores e medidas preventivas de alterações de desenvolvimento, tendo em conta o impacto que a intervenção do EEESIP tem na promoção do desenvolvimento nesta primeira fase de vida. Analisando o Modelo *Touchpoints* de Brazelton, é possível identificar que no primeiro mês de vida, o recém-nascido (RN) vivencia três períodos críticos de desenvolvimento: o nascimento, a primeira e a terceira semana de vida. Atendendo ao impacto que a prematuridade e suas possíveis complicações poderão ter no desenvolvimento da criança - bem como todos os *stressors* associados a uma hospitalização numa Unidade de Cuidados Intensivos - é fácil identificar a relevância que o cuidado de enfermagem neste contexto tem na maximização do potencial de desenvolvimento da criança, bem como na diminuição dos fatores que poderão ser prejudiciais ao seu desenvolvimento. Nesse sentido, foram definidos três objetivos específicos para a experiência formativa deste contexto:

- Desenvolver competências no cuidado à criança/jovem e família em contexto de neonatologia, com especial atenção ao cliente recém-nascido e família;
- Desenvolver competências no cuidado promotor do desenvolvimento e da vinculação, centrado na criança
- Identificar fatores preditores de alterações de desenvolvimento

De modo a responder aos dois primeiros objetivos, foi primordial a observação e participação ativa nos cuidados de enfermagem prestados pela Enf.^a Orientadora,

restantes EEESIPs e equipa de enfermagem. A situação de saúde do RN prematuro, independentemente da idade gestacional, é sempre complexa, o que origina a necessidade de um cuidado especializado, de alta capacidade técnica, sustentado por um conhecimento teórico altamente diferenciado. Meleis et al. (2010) identificam o nascimento de um filho (com especial impacto para o primeiro) e consequentemente a parentalidade como um evento crítico, uma transição na qual existe a necessidade de aquisição de novas capacidades e novas competências. Se a este período, já por si crítico, adicionarmos a fragilidade e complexidade da prematuridade, com todo o impacto que tem na criança (na sua condição de saúde, no seu crescimento e desenvolvimento) mas também nos pais (a nível emocional, vinculação parental) é evidente a importância que as terapêuticas de enfermagem – e o enfermeiro – têm enquanto elementos que podem (e devem) ser facilitadores da vivência deste processo. Para além disso, e considerando que Brazelton reconhece no primeiro mês de vida do recém-nascido três períodos críticos no seu desenvolvimento, existe neste contexto uma oportunidade privilegiada de trabalhar com os pais, promovendo e consolidando a vinculação da tríade, capacitando progressivamente os pais, promovendo a sua mestria no reconhecimento e compreensão do comportamento da criança como a forma de comunicação das suas necessidades (Bartram et al, 2015). É igualmente importante que consigam expressar os seus medos e preocupações, acerca do desenvolvimento dos seus filhos ou da sua relação com eles. É então imprescindível que os cuidados prestados sejam alicerçados na filosofia de cuidados centrados na família, com vista não só à capacitação dos pais, mas principalmente ao estabelecimento e fortalecimento do vínculo parental, tão fragilizado por um ambiente altamente tecnológico e instrumentalizado.

Esta preocupação é evidente logo no momento de admissão do RN na Unidade. Considerando que a hospitalização na UN costuma ser longa, e tendo em conta a separação, muitas vezes abrupta, dos pais à nascença, e o efeito negativo que pode originar no processo de vinculação pais-criança (Pisoni et al., 2021), é estimulado o contacto o mais precoce possível, logo após a admissão e estabilização da criança na Unidade, como preconizado por Fisher (2019). A promoção dessa vinculação mantém-se ao longo de todo o internamento: o envolvimento dos pais no plano terapêutico da criança, bem como a progressiva capacitação dos pais para participarem nos cuidados são ferramentas importantes para a minimização dos sentimentos de culpa, ansiedade, desamparo e inadequação - respostas parentais absolutamente normais e expectáveis (Fisher, 2019) numa situação em que se

deparam com a falta de controlo e incapacidade de responder às necessidades de saúde complexas do seu filho internado.

Nesse sentido, e sempre em negociação com os pais, desde a admissão, é criada uma relação de parceria, em que os pais são agentes participativos e interventivos no cuidado aos seus filhos. A promoção do contato pele a pele, bem como a participação nos cuidados de higiene e alimentação numa fase mais tardia do internamento são estratégias evidenciadoras deste cuidado centrado na família, que procura minimizar o impacto negativo desta situação complexa na transição da parentalidade dos pais, mas também na transição de saúde-doença e desenvolvimento da criança. Um exemplo da aplicação destas estratégias promotoras da vinculação e do desenvolvimento foi o internamento de trigémeos, nascidos na instituição. Cerca de 45 minutos após a admissão das crianças da unidade – e depois de uma gestão complexa de cuidados que mobilizou toda a equipa da Unidade – os pais encontravam-se na Unidade, para conhecerem os seus filhos. Ao longo do internamento, foi possível observar a transformação do comportamento destes pais – mais seguros, mais confiantes, com um vínculo forte e estruturado a cada um dos seus filhos, em contraste aos fáceis assustados, que transmitiam insegurança, receio e incerteza inicial. A intervenção da equipa foi determinante nesta mudança, envolvendo os pais não só quando estavam presentes, mas também, numa fase inicial do internamento da mãe, através do recurso ao envio de fotografias e contactos telefónicos que permitiam aos pais saber da situação da sua criança, mesmo não estando fisicamente no serviço.

Outro momento revelador deste cuidado centrado na família foi observado num dos primeiros turnos que tive na Unidade: o falecimento de uma recém-nascida com menos de 25 semanas de gestação, cerca de 24 horas após a admissão na UN. A probabilidade de sobrevivência do RN, à admissão na Unidade, é proporcional à sua idade gestacional. Quanto maior a idade gestacional, maior a probabilidade de sobrevivência da criança. Fisher (2019) afirma que os pais se podem apresentar relutantes em criar uma relação com o seu filho prematuro, quando o risco de morte é grande. Esta preparação inconsistente para a possibilidade da morte pode originar comportamentos defensivos como a relutância em tocar ou cuidar da criança (quando existe a oportunidade) ou mesmo uma atenção mais focada nos equipamentos e nos procedimentos do que na criança, no momento da visita. Nesse sentido, o facto da equipa ter facilitado a presença dos pais na Unidade o máximo de tempo possível,

bem como da promoção do toque à criança, com o objetivo de promover a vinculação, foram estratégias, que podem ser posteriormente facilitadoras para a transição do luto parental, tal como afirma Fisher (2019). A oportunidade dada aos pais de ter o filho nos seus braços no momento da sua morte (de acordo com a sua vontade) bem como o batismo prévio e as fotografias tiradas com o filho ao seu colo, são outras estratégias elencadas pela autora, e que se revelam facilitadoras da vivência de um processo de luto. Estratégias que simultaneamente são reveladoras de um cuidado holístico e centrado na família, com especial atenção a uma dimensão com especial relevância num momento sensível como este - a dimensão espiritual. Foi também possível observar que a Unidade possui um espaço específico destinado a estas famílias e crianças em final de vida, no qual os pais podem permanecer com a criança após a morte, durante o tempo que pretenderem. As fotografias tiradas com a família, a entrega da impressão da mão ou pé do filho, permite que a curta existência física daquele pequeno ser se torne mais tangível posteriormente, facilitando o processo de luto, tal como enuncia Fisher (2019). No entanto, a intervenção facilitadora do luto não termina com a alta da criança: a disponibilização do contacto da Unidade é realizada para todas estas famílias, bem como um envio de um cartão de condolências nos primeiros dias e um contacto telefónico ao fim de uma semana, por parte dos elementos do grupo de trabalho dos cuidados paliativos pediátricos da Unidade. Este contacto com a família enlutada repete-se no primeiro aniversário da morte, com o envio de novo cartão de condolências.

No âmbito dos cuidados promotores do desenvolvimento, para além da promoção do contato pele a pele dos pais com a criança, é desenvolvido também na Unidade a realização de um diário do RN, composto por fotografias e partilhas escritas dos sentimentos vivenciados durante o internamento, que é entregue aos pais no momento da alta. Para além disso, a comemoração de cada mês de vida, com a colocação de um pequeno texto personalizado por cima de cada incubadora, evidenciando as conquistas conseguidas, são também estratégias desenvolvidas que procuram minimizar o impacto do mesmo nas famílias e na vinculação parental com o recém-nascido, reforçando as experiências positivas vividas durante um período tão difícil. Ainda no domínio desta temática, é desenvolvido (pelo grupo de trabalho de promoção do desenvolvimento) um plano individual de desenvolvimento, com reavaliação semanal, no qual são definidas intervenções personalizadas promotoras do desenvolvimento psicomotor, a realizar não só com a colaboração dos pais, mas também ao nível da minimização dos *stressors* existentes da Unidade.

Neste sentido, é ainda importante sublinhar a atenção da equipa na organização dos seus cuidados através da: otimização do tempo de estimulação adequado a cada fase de desenvolvimento, quantidade de estimulação fornecida, tipo de estimulação e resposta da criança a essa mesma estimulação (Fisher, 2019). Considerando o impacto do stress sensorial originado pelo internamento no desenvolvimento, como afirma Leal et al. (2018), quer a nível da iluminação, quer a nível de estímulos auditivos intensos, procedimentos invasivos ou estimulações dolorosas, a adoção de normas de cuidados e procedimentos, bem como as adaptações ambientais realizadas de acordo com os *Standards* Europeus de Cuidados de Saúde ao Recém-Nascido (European Foundation for the Care of Newborn Infants, 2019) visaram a minimização destes fatores prejudiciais ao desenvolvimento.

Para além da organização de todos os cuidados, pautado por uma filosofia de cuidados centrados na família, na criança e no desenvolvimento, existe ainda um Projeto de Preparação e Acompanhamento da alta do recém-nascido de risco, sendo realizado um contacto telefónico de follow-up nas 48h após a mesma, para além da entrega do Livro de Alta nos dias que antecedem o regresso ao ambiente familiar, onde se encontra organizada toda a informação necessária para a adaptação à realidade de ter uma criança prematura em casa. Considerando a temática deste projeto, é importante ressaltar a referenciação das crianças com alto risco de alterações de desenvolvimento ao SNIPI, o que permitirá a continuação de vigilância e intervenção com estas crianças a nível ambulatorio.

Para além dos cuidados prestados às crianças internadas na Unidade (e respetivas famílias) e do acompanhamento realizado à intervenção dos elementos dos diferentes grupos de trabalho da Unidade, a realização de uma reflexão crítica intitulada “A Prematuridade e o seu impacto no processo de desenvolvimento” (Apêndice IX) revelou-se uma atividade extremamente estruturante para identificar e compreender a influência da prematuridade (e do internamento numa UN) no desenvolvimento infantil. A identificação destes fatores permitiu uma apreciação mais fundamentada de todos os cuidados promotores do desenvolvimento prestados na Unidade, mas também uma reflexão sobre potenciais medidas que pudessem otimizar ainda os cuidados centrados no desenvolvimento. Uma dessas medidas, considerada com grande interesse por parte do grupo de promoção do desenvolvimento e por parte da enfermeira gestora, foi a possibilidade de formação de profissionais da equipa na

utilização da escala NBO (*Newborn Behavioral Observations*) desenvolvida por Brazelton. Esta ferramenta, que integra 18 observações neuro-comportamentais que avaliam as capacidades fisiológicas, motoras, de regulação e sociais do recém-nascido. A aplicação da NBO em recém-nascidos de alto risco, sugerem que a utilização deste instrumento está associada a mais processos vinculativos seguros entre as tríades e a um aumento na confiança nos profissionais de saúde (Nugent, 2013). É particularmente útil para pais de crianças prematuras, muitas vezes menos responsivos, e que os capacita para a compreensão de que o comportamento do prematuro é a comunicação das suas necessidades (Bartram et al., 2015; Holland & Watkins, 2015). Com bastantes vantagens quer para os pais quer para os profissionais, que se sentem mais capacitados para a compreensão do comportamento e desenvolvimento do recém-nascido (Martins et al., 2018), é um instrumento cuja formação embora inicialmente dispendiosa, seria claramente uma mais-valia em termos de ganhos de saúde para o RN prematuro e sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Todas estas atividades permitiram desenvolver e consolidar todas as competências específicas do EEESIP, à exceção da unidade de competência E3.4, relacionada com o cuidado ao adolescente (Regulamento n.º 422/2018). A elaboração da reflexão crítica revelou-se primordial para a consolidação de conhecimentos que permitiram, ao longo do estágio, uma prática baseada na evidência⁵⁷, com uma tomada de decisão fundamentada⁵⁸, capaz de dar resposta às necessidades atuais da criança⁵⁹, num ambiente seguro e terapêutico⁶⁰. A intervenção desenvolvida procurou ser sempre promotora da vinculação⁶¹ e de um desenvolvimento e crescimento saudável⁶², sustentando o desenvolvimento um plano de saúde em parceria com os pais⁶³, mas também capaz de capacitar os mesmos (e o RN) para as situações de deficiência ou incapacidade⁶⁴, secundárias à sua situação atual de saúde. Contribuiu ainda para a análise das práticas existentes com posterior reflexão

⁵⁷ Competência para obtenção do Grau de Mestre: c) e Competência Comum do Enfermeiro Especialista: D2

⁵⁸ Unidade de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: A 1.1

⁵⁹ Competência Específica do EEESIP: 1

⁶⁰ Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: B3

⁶¹ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E 3.2

⁶² Unidade de Competência Específica do EEESIP: E 3.1

⁶³ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E 1.1

⁶⁴ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E 2.5

sobre possíveis soluções de melhoria das práticas de qualidade⁶⁵ (Decreto-Lei n.º 65/2018; Regulamento nº140/2019).

2.6. Internamento de Pediatria Médica

O último estágio decorreu num serviço de internamento pediátrico, de um hospital de Lisboa, entre 16 de janeiro e 10 de fevereiro. Esta unidade assiste crianças e jovens dos 0 aos 17 anos e 364 dias com patologias do foro médico, com especial incidência na especialidade de infeciologia. A sua equipa multidisciplinar é constituída, entre outros elementos, por 25 enfermeiros (11 EEESIP e uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica).

A sua missão é concordante com a definida pela instituição onde se insere, visando a prestação de cuidados diferenciados e de qualidade à criança, mas também a promoção de investigação e desenvolvimento de projetos científicos, assumindo também sempre a sua responsabilidade enquanto entidade formativa, seja a nível pré-graduado ou pós-graduado.

Com vista ao atingimento dos objetivos gerais definidos para este projeto, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências no cuidado à criança/jovem e família em contexto de internamento, com foco na criança/jovem com necessidades especiais
- Desenvolver competências no cuidado promotor do desenvolvimento, centrado na criança
- Identificar as dificuldades dos enfermeiros relativamente à identificação dos sinais de alarme de desenvolvimento
- Promover competências para a deteção precoce de sinais de alarme de desenvolvimento (pais e enfermeiros)

A consecução dos dois primeiros objetivos foi realizada através da observação e participação ativa nos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, com especial atenção para a intervenção dos EEESIP à criança com necessidades especiais, bem como nas situações de risco. Considerando que algumas patologias

⁶⁵ Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1 e A2, B2 e Competência para obtenção do Grau de Mestre: d)

poderão ser originadoras de incapacidade e deficiência, torna-se importante uma tomada de decisão fundamentada e sustentada que vise a minimização desse risco. Esta é também uma preocupação comum nos pais, que, no caso de internamento por patologias do foro neurológico, por exemplo, questionam frequentemente: “vai ficar com sequelas?”. Deste modo, e de forma que a criança e a família consigam vivenciar a sua transição saúde-doença da forma mais tranquila, a intervenção especializada do EEESIP poderá revelar-se facilitadora, não só na minimização do impacto da doença nas diferentes dimensões da criança e da família, mas também dos riscos para o crescimento e desenvolvimento da criança. Para além disso, neste contexto, é também comum o internamento de crianças com doença crónica, que acabam por recorrer ao hospital e necessitar de internamento por agravamento da sua patologia base ou por ocorrência de doença aguda.

Num contexto onde é frequente o internamento de criança e jovem (dos 0 aos 18 anos) com patologia infecciosa, a gestão da dor e resposta perante situações de instabilidade vital, bem como a prestação de cuidados a crianças e jovens com doença rara, bem como a RN e lactentes, permitiu a consolidação de todas as competências específicas do EEESIP⁶⁶ (Regulamento n.º 422/2018). A promoção da vinculação, bem como a promoção de atividades promotoras do desenvolvimento adequadas a cada estágio durante os tempos livres no internamento (usando como referência as atividades sugeridas no PNSIJ (DGS, 2013)) foram algumas das estratégias desenvolvidas para a promoção do desenvolvimento durante o estágio. A formação parental e dos elementos da equipa acerca destas atividades e da sua exequibilidade (quer em termos de recursos, quer em termos de espaço) durante o internamento, em detrimento do recurso à televisão ou aos meios tecnológicos para ocupação dos tempos livres, revelou-se uma ferramenta importante para que ocorra uma mudança de paradigma, desmistificando a ideia de que a hospitalização não é o momento mais adequado para o foco na promoção do desenvolvimento. A Ordem dos Enfermeiros (2013) reconhece que a hospitalização pode constituir um momento para trabalhar a vinculação segura, os conhecimentos e expectativas parentais, que permitirão aumentar a capacitação parental na promoção do desenvolvimento do seu filho. Acrescentam ainda que, a promoção da segurança, bem como de um clima de afetividade, assim como a realização de atividades lúdicas, são identificadas como

⁶⁶ Todas as competências específicas do EEESIP: E1, E2 e E3

exemplos de intervenções promotoras do desenvolvimento que podem ser implementadas em situação de internamento.

Deste modo, é importante assumir uma postura oportunista no que concerne à avaliação do desenvolvimento, quando se identifica esta oportunidade como única ou privilegiada para a sua ocorrência (DGS, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2013) pela pouca recorrência aos serviços de saúde. Não obstante, é importante lembrar que a evidência científica afirma que a realização da avaliação do desenvolvimento não deverá ser realizada em situação de doença aguda, bem como o facto dos instrumentos de avaliação e rastreio poderem ser de difícil aplicação em situação de internamento (Ordem dos Enfermeiros, 2013), pelo que os resultados das avaliações realizadas deverão ter em conta o impacto da situação de saúde no momento.

A hospitalização é igualmente uma situação privilegiada para a deteção de situações de risco, pelo que o EEESIP, na sua prática diária de cuidados e devido ao seu continuado contacto com a criança e família, tem uma oportunidade singular para a sua identificação e posterior encaminhamento (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Até porque, muitas vezes, a própria condição pela qual a criança/jovem se encontra internada (e respetivas sequelas) são considerados fatores disruptivos do desenvolvimento.

Com todos estes pressupostos sustentando a prática de cuidados desenvolvida durante este estágio, foi possível consolidar competências comuns de enfermeiro especialista. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foi possível a demonstração de uma tomada de decisão, respeitadora dos princípios e valores éticos e deontológicos, com a respetiva operacionalização e avaliação da mesma na prestação de cuidados humanizados⁶⁷, centrados na individualização de cada criança e sua família. Já no âmbito da melhoria contínua da qualidade, foi possível identificar a incorporação das normas e protocolos dos programas já existentes de melhoria contínua de qualidade na intervenção clínica diária⁶⁸, com a respetiva avaliação das práticas realizadas à luz dos padrões de qualidade definidos pela instituição⁶⁹ (sempre num ambiente terapêutico e seguro⁷⁰) mas também a sugestão de implementação de

⁶⁷ Unidades de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: A1.1 e A1.3 e Competência Comum do Enfermeiro Especialista: A2

⁶⁸ Unidades de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: B1.1

⁶⁹ Unidades de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: B2.1

⁷⁰ Competência Comum do Enfermeiro Especialista: B3

novas práticas⁷¹, tais como a avaliação sumária de sinais de alarme de desenvolvimento e respetivo registo no suporte informático *SClínico*, através da adoção do foco de enfermagem “Desenvolvimento Infantil” como um dos focos de vigilância constantes dos padrões de qualidade do serviço. Ademais, todas as atividades desenvolvidas na prática de cuidados ao cliente pediátrico possibilitaram ainda trabalhar a capacidade de gestão dos cuidados e a otimização dos recursos humanos na resposta às necessidades da criança e sua família⁷². É relevante ainda ressaltar o desenvolvimento de autoconhecimento e consolidação de assertividade num contexto onde já exerço funções há 17 anos, para além da partilha de evidência científica com vista à atualização do corpo de conhecimentos que sustenta a prática clínica da equipa de enfermagem⁷³ (Regulamento nº140/2019). Para possibilitar a consolidação de todas estas competências, foi necessária a capacidade de integrar novos conhecimentos, lidar com situações complexas e desenvolver soluções em situações de informação limitada, assim como a capacidade de comunicar os conhecimentos adquiridos de forma clara, a especialistas e não especialistas⁷⁴ (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Relativamente aos restantes objetivos - Identificar as dificuldades dos enfermeiros relativamente à identificação dos sinais de alarme de desenvolvimento e Promover competências para a deteção precoce de sinais de alarme de desenvolvimento (pais e enfermeiros) – foram desenvolvidas várias atividades com vista à sua consecução. A primeira foi o diagnóstico da situação através do questionamento à equipa sobre as dificuldades sentidas relativamente à identificação de sinais de alarme de desenvolvimento e as suas necessidades formativas acerca a esta temática: todos os elementos identificaram ter dificuldades na avaliação de desenvolvimento, referindo necessidade de formação nesta área. Esta necessidade formativa corrobora os resultados da revisão narrativa de Ramu et al. (2020). Deste modo, tal como Reichert (2015) e Pereira Neto et al. (2021), reconhecem igualmente o efeito transformador que a formação realizada sobre esta temática tem sobre a prática, procurou-se conhecer de forma mais acurada as necessidades formativas da equipa. Nesse sentido, foi adaptado para português de Portugal um instrumento desenvolvido por Reichert (2011), após prévio contacto e autorização da autora.

⁷¹ Unidades de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: B2.2

⁷² Competência Comum do Enfermeiro Especialista: C1 e Unidade de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: C2.1, respetivamente

⁷³ Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: D1 e D2, respetivamente

⁷⁴ Competência para obtenção do Grau de Mestre: c) e d)

Constituído por questões de escolha múltipla, contempla o diagnóstico de conhecimento sobre marcos de desenvolvimento a nível das diferentes áreas do desenvolvimento, bem como sobre fatores de risco para o mesmo (Apêndice X). A utilização desta ferramenta permitiu o desenvolvimento de uma sessão formativa personalizada e adaptada às dificuldades e necessidades sentidas pela equipa nesta área (Apêndice XI). A sessão respondeu de forma bastante positiva às expectativas dos enfermeiros do serviço, como é possível verificar na avaliação da mesma (Apêndice XI).

Com vista à capacitação da equipa para a identificação de sinais de alarme no desenvolvimento infantil, foi ainda apresentado ao serviço uma ferramenta - O memorando dos sinais de alarme para deteção de alterações no desenvolvimento infantil (Apêndice VIII) – que dotará a equipa de um recurso que permitirá o esclarecimento de dúvidas em futuras situações de diagnóstico de possíveis alterações de desenvolvimento.

Todas estas atividades permitiram trabalhar as competências específicas de diagnóstico precoce e intervenção em situações de risco com possível impacto negativo na qualidade de vida da criança e do jovem⁷⁵, bem como na promoção do desenvolvimento infantil⁷⁶ (Regulamento n.º 422/2018). Para além disso, a sua execução evidencia também a competência de mobilização e disseminação de conhecimentos⁷⁷ para a criação de soluções que permitam a melhoria contínua de qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019), bem como a capacidade de aplicar o corpo de conhecimentos na resolução de necessidades identificadas num contexto familiar⁷⁸, com a aplicação de ferramentas originais⁷⁹, bem como a capacidade de comunicação desses mesmos conhecimentos a especialistas e não especialistas, de uma forma clara e explícita⁸⁰ (Decreto-Lei n.º 65/2018).

⁷⁵ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E 1.2

⁷⁶ Unidade de Competência Específica do EEESIP: E 3.1

⁷⁷ Unidade de Competência Comum do Enfermeiro Especialista: B1.1 e Competência Comum do Enfermeiro Especialista: D2

⁷⁸ Competência para obtenção do Grau de Mestre: b)

⁷⁹ Competência para obtenção do Grau de Mestre: a)

⁸⁰ Competência para obtenção do Grau de Mestre: d)

3. Considerações finais e projetos futuros

A detecção precoce de alterações de desenvolvimento é uma área do cuidado onde o EEESIP pode desempenhar um papel fundamental na otimização da saúde da criança, bem como na resposta às suas necessidades. Centrando a sua intervenção não só na criança, mas em toda a família, revela-se promotor de estratégias e recursos que permitirão minimizar as complicações das alterações de desenvolvimento que existam, enquanto maximiza a potencialidade de desenvolvimento da criança. Com a sua intervenção especializada, otimiza as condições e os fatores intra e extrapessoais, tornando-se um fator facilitador da transição de desenvolvimento que se encontra a ser vivida pela criança, bem como de todas as outras transições que ocorrem simultaneamente como, por exemplo, a transição para a parentalidade, por parte dos pais ou a transição saúde-doença, no caso de algumas situações patológicas associadas à condição de desenvolvimento.

Este relatório (e respetivo processo de aprendizagem) permitiu identificar a vasta possibilidade de intervenções que o EEESIP pode desenvolver nos diferentes contextos, sempre balizado pelas suas competências especializadas específicas de otimização da saúde da criança, cuidado à criança e família em situações de especial complexidade ou de resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança. Tendo como objetivo principal o desenvolvimento de uma prática especializada, concordante com o referencial dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso formativo procuraram sempre o desenvolvimento contínuo de um cuidado especializado, centrado na criança e sua família. A tomada de decisão fundamentada e sustentada, sempre suportada por evidência científica atual e pertinente, e implementada com a perspetiva da melhoria contínua dos cuidados prestados foi essencial para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP. O reconhecimento do impacto de um cuidado especializado e avançado na saúde e bem-estar das crianças/jovens e famílias (assim como na melhoria das dinâmicas institucionais) revelou-se um fator extremamente motivador ao longo de todo este processo de crescimento pessoal e profissional. Toda esta experiência formativa e reflexiva foi também basilar para o desenvolvimento e consolidação de conhecimentos com valioso interesse e importância para a continuação de investigação acerca desta temática, mas que também permitam a resolução de novos problemas em situações

e contextos complexos, desenvolvendo respostas mas também reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais dessas mesmas respostas, tal como preconizado nas competências requeridas para a obtenção de grau de mestre.

No entanto, é importante ressaltar que todo este percurso formativo não se encerra em si mesmo, pretendendo ser o início de uma caminhada de desenvolvimento profissional nesta temática. Nesse sentido, surgiu a possibilidade de integração na equipa de um projeto de investigação que visa a promoção do desenvolvimento infantil com foco na promoção de competências para a avaliação do desenvolvimento da criança nos 1ºs 3 anos, direcionado a pais e profissionais de saúde. Este desafio, altamente motivador pelo impacto na promoção da saúde que terá nas crianças e suas famílias, é um projeto no qual todo o conhecimento e competências especializadas desenvolvidas encontrarão aplicabilidade no desenvolvimento de práticas de qualidade no âmbito da vigilância do desenvolvimento infantil. Inserido neste projeto, pretende-se dar continuidade ao protocolo da revisão *scoping* desenvolvido no primeiro ano deste mestrado: “Fatores que contribuem para a sinalização tardia da criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento- Uma revisão Scoping” (Apêndice XII) e submeter para publicação.

Visando a disseminação e translação de conhecimento, fundamentadas pelo paradigma de uma prática baseada na evidência, foi elaborada uma revisão narrativa intitulada “Prematurity and its Impact on the development process: A Narrative Review” submetida a publicação na revista *Journal of Neonatal Nursing* (Q1), que está em revisão por pares (Anexo III).

No entanto, a continuidade deste projeto formativo não se limita apenas à dimensão académica. No serviço onde exerço funções, a realização de um diagnóstico de necessidades formativas no âmbito da avaliação e vigilância de desenvolvimento infantil, sensibilizou a equipa de enfermagem para a implementação de práticas de qualidade no âmbito da vigilância do desenvolvimento infantil, com a possibilidade da elaboração de um projeto de melhoria contínua.

Deste modo, este relatório apresenta apenas o início de uma caminhada, que pretende ser de desenvolvimento de um cuidado especializado, baseado na evidência clínica e ancorado na promoção da maximização da saúde da criança e sua família, mas que responda também à complexidade da sua situação de saúde, bem como às suas necessidades especiais.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 14(3), 373-382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Al-Motlaq, M. A., Carter, B., Neill, S., Hallstrom, I. K., Foster, M., Coyne, I., Arabiat, D., Darbyshire, P., Feeg, V. D., & Shields, L. (2019). Toward developing consensus on family-centred care: An international descriptive study and discussion. *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community*, 23(3), 458–467. <https://doi.org/10.1177/1367493518795341>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística de doenças mentais – DSM-5®* (5ª ed). Artmed.
- Bartram, S.C., Barlow, J. & Wolke, D. (2015). The Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) and Newborn Behavioral Observations system (NBO) for supporting caregivers and improving outcomes in caregivers and their infants. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 6, CD011754. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011754>
- Barik, A. L., Purwaningtyas, R. A., & Astuti, D. (2019). The Effectiveness of Traditional Media (Leaflet and Poster) to Promote Health in a Community Setting in the Digital Era: A Systematic Review. *Jurnal Ners*, 14(3), 76–80. <https://doi.org/10.20473/jn.v14i3.16988>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora
- Boztepe, H., & Kerimoğlu Yıldız, G. (2017). Nurses perceptions of barriers to implementing family-centered care in a pediatric setting: A qualitative study. *J Spec Pediatr Nurs*, 22(2), <https://doi.org/10.1111/jspn.12175>
- Brazelton, T. B. & Sparrow. J. (2003). *The Touchpoints Model of Development*. [http://www.brazeltontouchpoints.org/wp-content/uploads/2011/09/Touchpoints Model of Development Aug 2007.pdf](http://www.brazeltontouchpoints.org/wp-content/uploads/2011/09/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf)
- Brazelton, T.B. (2021). *O grande livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (15ª ed.). Editorial Presença

- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Glasper & A. Tucker (Eds.) – *Advances in Child, health nursing*. Scutari Press.
- Castelo, T. M., & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde infantil*, 31 (1), 12-17. <https://saudeinfantil.asic.pt/images/download-arquivo/2009%20-%201%20-%20Abril/rsi-2009-abril.pdf>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A nursing concern. In: A.I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (p 24-37). Springer Publishing Company.
- Choo, Y. Y., Agarwal, P., How, C. H., & Yeleswarapu, S. P. (2019). Developmental delay: identification and management at primary care level. *Singapore medical journal*, 60(3), 119–123. <https://doi.org/10.11622/smedj.2019025>
- Correio, S. F. A. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 36(2), 215–20. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v36i2.12501>
- Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in Healthcare: A Concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal of pediatric nursing*, 42, 45–56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>
- Decreto-Lei nº 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Assembleia da República. *Diário da República*, Série I (n.º 157 de 16-08-2018), 4147 – 4182. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil: norma nº 010/2013, de 31/05/2013*. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2018). European Standards of Care for Newborn Health: Project report. https://newborn-health-standards.org/wpcontent/uploads/2021/08/2018_11_16_ESCNH_Report_final.pdf
- Ferrito, C., Nunes, L & Ruivo, A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

- Figueiras, A.C.M., Puccini, R.F., Silva, E. M. K. & Pedromônico, M.R.M (2003). Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cadernos de Saúde Pública*. 19.(6), 1691-1699 <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600013>
- Fisher, K. (2019). The High-Risk Newborn and Family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson & C.C. Rogers (Eds.). *Wong's Nursing Care of Infants and Children, 11th Ed.* (pp. 270-337). Elsevier
- Hattar-Pollara, M. (2010). Developmental Transitions. In A.I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. (pp. 87-94). Springer Publishing Company.
- Gil, J. D., Ewerling, F., Ferreira, L. Z., & Barros, A. J. (2020). Early childhood suspected developmental delay in 63 low- and middle-income countries: Large within- and between-country inequalities documented using national health surveys. *Journal of global health*, 10(1), 010427. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010427>
- Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (2018). Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet. Global health*, 6(10), e1100–e1121. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30309-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30309-7)
- Hockenberry, M.J. (2019). Perspectives of Pediatric Nursing In: M.J. Hockenberry, D. Wilson & C.C. Rogers (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants And Children, 11th Ed.* (pp. 1-14). Elsevier
- Holland, A., & Watkins, D. (2015). Flying Start health visitors' views of implementing the Newborn Behavioural Observation: barriers and facilitating factors. *Community practitioner: the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 88(6), 33–36.
- Leal, A. P., Leitão, A., Almeida, C. & Leitão, M. (2018). Desafios da Prematuridade. In N.L. Antunes (Coord.). *Sentidos* (pp 577-590). Lua de Papel
- Lipkin, P. H., Macias, M. M., & AAP COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS (2020). Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With

- Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*, 145(1), e20193449. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3449>
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: a scoping review. *BMC health services research*, 19(1), 564. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>
- Mackrides, P. S., & Ryherd, S. J. (2011). Screening for developmental delay. *American family physician*, 84(5), 544–549. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0901/p544.html>
- Maia, A. R., Fernandes, J., Leite, M. F., Santos, H., & Pereira, S. A. (2016). Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32, 248-256. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i4.11825>
- Marlow, M., Servili, C., & Tomlinson, M. (2019). A review of screening tools for the identification of autism spectrum disorders and developmental delay in infants and young children: Recommendations for use in low- and middle-income countries. *Autism Research*, 12(2), 176–199. <https://doi.org/10.1002/aur.2033>
- Maria, A., Upadhyay, S., & Vallomkonda, N. (2021). Nurturing Beyond the Womb - Early Intervention Practices in Newborn Care Unit. *Indian pediatrics*, 58 (Suppl 1), S53–S59. <https://www.indianpediatrics.net/supplOct2021/S53.pdf>
- Martins, P. A. C., Malheiro, M. I. D. C. & Sousa, M. O. C. L. (2018). A Intervenção Com a Newborn Behavioral Observations (Nbo) No Recém-Nascido, Lactente E Sua Família: A Scoping Review. *Pensar Enfermagem*, 22(2), 23–44. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=138598438&site=ehost-live&scope=site>
- McGowan, E. C., Hofheimer, J. A., O'Shea, T. M., Kilbride, H., Carter, B. S., Check, J., Helderman, J., Neal, C. R., Pastyrnak, S., Smith, L. M., Camerota, M., Dansereau, L. M., Della Grotta, S. A., & Lester, B. M. (2022). Analysis of Neonatal Neurobehavior and Developmental Outcomes Among Preterm Infants. *JAMA network open*, 5(7), e2222249. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.22249>

- McLean, S. (2020). *Understanding child development: Ages 0–3 years*. <https://emergingminds.com.au/resources/understanding-child-development-ages-0-3-years/#typical-development-for-children-aged-0-3-years>
- Meleis, A. I. (2010). Role Insufficiency and Role Supplementation: A Conceptual Framework. In A.I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. (pp. 13-23). Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In: A.I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp 24-37). Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In A.I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (pp.65-71). Springer Publishing Company.
- Meleis, A.I., Swendsen, L. & Jones, D (2010). Preventive Role Supplementation: A Grounded Conceptual Framework. In A.I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (pp.514-523). Springer Publishing Company.
- Merck, T. & McElfresh, P. B. (2019). Family-Centered Care of the Child During Illness and Hospitalization In: M.J. Hockenberry, D. Wilson & C.C. Rogers (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants And Children*, 11th Ed. (pp. 658-677). Elsevier
- Micai, M., Fulceri, F., Caruso, A., Guzzetta, A., Gila, L., & Scattoni, M. L. (2020). Early behavioral markers for neurodevelopmental disorders in the first 3 years of life: An overview of systematic reviews. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 116, 183–201. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.027>
- Monteiro, A. J. & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In A. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Eds). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 33-38). Lidel
- Moreira, I. M. P. B., Lobão, C. A. R. F., Carrageta, M. do C. M., & Gonçalves, R. F. L. (2022). Avaliação do Journal Club como estratégia pedagógica na formação em

- enfermagem: Perspetiva dos estudantes. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(1), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21054>
- Nugent, J.K. (2013). The competent newborn and the neonatal behavioral assessment scale: T. Berry Brazelton's legacy. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2013;26(3):173–9. <https://doi.org/10.1111/jcap.12043>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume I*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de Boa Prática - estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Papalia, D. E. & Martorell, G. (2021). *Desenvolvimento Humano* (14ª Ed.). McGraw Hill.
- Pereira Neto, G. G., Nunes, W. de B., Andrade, L. D. F. de, Vieira, D. de S., Reichert, A. P. da S., & Santos, N. C. C. de B. (2021). Child developmental monitoring: implementation through the family health strategy nurse / Vigilância do desenvolvimento infantil: implementação pelo enfermeiro da estratégia saúde da família. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, 12, 1309–1315. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9885>
- Ramu, R., Govindan, R., Jacob, P., Palaniappan, M. (2020). Gap in Nurses' Knowledge and Screening Practice in Identifying Children with Developmental Delay. *J Comm Pub Health Nursing* 6: 254. <https://www.omicsonline.org/open-access/gap-in-nurses-knowledge-and-screening-practice-in-identifying-children-with-developmental-delay.pdf>
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Reichert, A. P. da S. (2011). *Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes na estratégia de saúde da família* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de Pernambuco]. Repositório Digital da Universidade Federal de Pernambuco <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9179>
- Reichert, A.P.S., Nóbrega, V.M., Damasceno, S. S., Collet, N., Eickmann, S. H & Lima, M. C. (2015). Vigilância do Desenvolvimento Infantil: práticas de Enfermeiros após capacitação. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17 (1). 117-23. <https://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.27722>
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In: A.I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp 38-51). Springer Publishing Company.
- Sharma, A., Cockerill, H. & Sanctuary, L. (2021). *Mary Sheridan's from birth to five years. Children's developmental progress* (5th Edition). Routledge.
- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of pediatric nursing*, 42, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância – Grupo de Apoio Técnico. (2019). *Relatório de Atividade - Avaliação do Funcionamento do SNIPI – 2018*. Comissão de Coordenação do SNIPI. <https://snipi.gov.pt/sites/default/files/2021-02/RELATORIO-ATIVIDADES-SNIPI-2018.pdf>
- Swendsen, L., Meleis, A.I., & Jones, D (2010). Role Supplementation for New Parents - A Role Mastery Plan. In A.I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (pp.523-531). Springer Publishing Company.
- Vieira, F. & Fragoso, I. (2006). *Morfologia e Crescimento (2ª edição)*. Faculdade de Motricidade Humana de Lisboa.

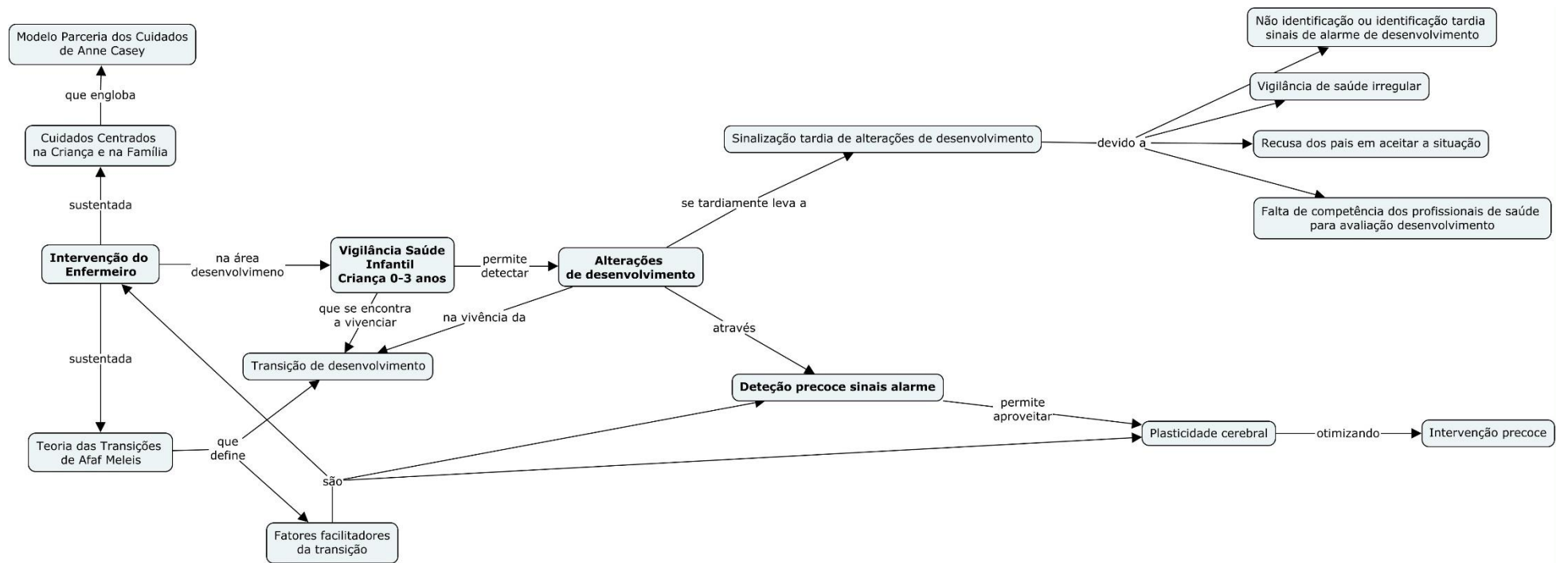
Vitrikas, K., Savard, D. & Bucaj M. (2017). Developmental delay: when and how to screen. *Am Fam Physician*, 96(1), 36-43. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0701/p36.html>

World Health Organization. (2022). *WHO recommendations for care of the preterm or low birth weight infant*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>

APÊNDICES

Apêndice I

Mapa conceitual



Apêndice II
Cronograma de Estágio

Apêndice I - Cronograma de estágio

		Ano Letivo 22/23																			
Mês		Set	Out					Nov				Dez				Jan					Fev
Dias		26 30	3 7	10 14	17 21	24 28	31 4	7 11	14 18	21 25	28 2	5 9	12 16	19 23	26 30	2 6	9 13	16 20	23 27	30 3	6 10
Semana		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a	13 ^a	14 ^a	15 ^a	16 ^a	17 ^a	18 ^a	19 ^a	20 ^a
Contexto	Centro Saúde													Férias Natal							
	Consulta Desenvolvimento																				
	Urgência																				
	Neonatologia																				
	Internamento																				

Apêndice III

Objetivos específicos, atividades e competências a desenvolver nos
diferentes contextos de estágio

27 Setembro a 23 Outubro	USF ----- e UCC ----- (1 turno/semana)			
	Objetivos Gerais	- Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as idades, nos processos de saúde-doença e nos diferentes contextos de saúde - Desenvolver competências especializadas na deteção precoce de sinais de alarme de desenvolvimento nos primeiros 3 anos de vida.		
	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores Avaliação
	- Identificar o número de crianças com sinalização tardia das alterações de desenvolvimento e as razões - Desenvolver competências no cuidado promotor do desenvolvimento, centrado na criança - Identificar as dificuldades dos enfermeiros na identificação dos sinais de alarme de desenvolvimento - Promover competências para a deteção precoce de sinais de alarme de desenvolvimento (pais e enfermeiros)	- Realização de pesquisa bibliográfica: desenvolvimento infantil, instrumentos de avaliação do desenvolvimento, parâmetros a avaliar nas CVSIJ e cuidados antecipatórios do PNSIJ, Programa Nacional de Vacinação; - Análise crítica e reflexiva dos documentos das Políticas de Saúde em Portugal: Plano Nacional de Saúde, PNSIJ, Promoção de Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância, Guias de Orientação de Boas Práticas da OE e da DGS, Documentos Estratégicos da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens; - Consulta das normas, protocolos instituídos nas Unidades tal como os relatórios do SNIPI; - Realização de entrevista exploratória a enfermeira gestora e enfermeira orientadora - Integração nas equipas multidisciplinares com observação e participação ativa nas intervenções realizadas; - Participação nas reuniões da equipa ELI - Realização de entrevista exploratória a Enf.^a integrante da equipa ELI - Análise dos relatórios da equipa ELI - Prestação de cuidados antecipatórios promotores do crescimento e desenvolvimento da criança;	Materiais: Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas, plataforma de formação online. Humanos: Orientadores de Estágio e Enfermeiros Chefes; Docente orientadora; Enfermeiros Especialistas (ou outros) peritos na área, entre os quais Equipa Local de Intervenção; pais de	Análise crítica, reflexiva e sustentada acerca da experiência e contribuição para desenvolvimento de competências específicas e comuns de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

		- Observação e Aplicação, sob supervisão, da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, ou outra escala adotada para avaliação de desenvolvimento, se realizada no contexto; - Propor realização de sessão formativa sustentada nas necessidades formativas identificadas - existindo condições do contexto para sua ocorrência – com ênfase na importância da detecção precoce de alterações de desenvolvimento na criança dos 0 aos 3 anos. - Realização de um <i>flyer</i> para os pais sobre sinais de alarme de desenvolvimento na criança dos 0-3 anos.	crianças dos 0-3 anos	
	Competências a desenvolver	Competências comuns: A1.1, A1.2; A1.3; A1.4; A2.1, A2.2; B3.1; D1.1; D1.2; D2.1, D2.2, D2.3 Competências específicas: E1.1; E1.2; E2.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3; E3.4		

24 Outubro a 6 Novembro	Centro de Desenvolvimento			
	Objetivos Gerais	- Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as idades, nos processos de saúde-doença e nos diferentes contextos de saúde - Desenvolver competências especializadas na deteção precoce de sinais de alarme de desenvolvimento nos primeiros 3 anos de vida.		
	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores Avaliação
	- Compreender a intervenção do enfermeiro EESIP em contexto de consulta de desenvolvimento - Identificar o número de crianças com sinalização tardia de alterações de desenvolvimento e as razões	- Realização de pesquisa bibliográfica: desenvolvimento infantil, instrumentos de avaliação do desenvolvimento, perturbações de desenvolvimento; - Consulta das normas e protocolos instituídos nas Unidades; - Realização de entrevista exploratória a enfermeira gestora e enfermeira orientadora - Integração nas equipas multidisciplinares com observação participativa nas intervenções realizadas; - Colaboração nas consultas de enfermagem realizadas no contexto - Observação participativa da aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, ou outra escala adotada para avaliação de desenvolvimento, se realizada no contexto;	Materiais: Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas. Humanos: Orientadores de Estágio e Enfermeiros Chefes; Docente orientadora; Enfermeiros Especialistas (ou outros) peritos na área; pais de crianças dos 0-3 anos	Análise crítica, reflexiva e sustentada acerca da experiência e contribuição para desenvolvimento de competências específicas e comuns de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
	Competências a desenvolver	Competências comuns: A1.1, A1.2; A1.3; A1.4; A2.1, A2.2; B3.1; D1.1; D1.2; D2.1, D2.2, D2.3 Competências específicas: E1.1; E1.2; E2.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.3; E3.4		

7 Novembro a 4 Dezembro	Urgência Pediátrica			
	Objetivos Gerais	- Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as idades, nos processos de saúde-doença e nos diferentes contextos de saúde - Desenvolver competências especializadas na deteção precoce de sinais de alarme de desenvolvimento nos primeiros 3 anos de vida.		
	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores Avaliação
	- Desenvolver competências no cuidado de enfermagem à criança/jovem e família em contexto de urgência pediátrica - Identificar as dificuldades dos enfermeiros relativamente à identificação dos sinais de alarme de desenvolvimento	- Pesquisa da evidência disponível sobre as doenças mais comuns em cada faixa etária, bem como os principais motivos de recorrência à unidade de saúde e suporte de vida avançado pediátrico; - Consulta das normas e protocolos instituídos na Unidade; - Realização de entrevista exploratória a enfermeira gestora e enfermeira orientadora; - Observação e participação ativa nos cuidados de enfermagem prestados pela Enf.^a Orientadora, restantes EEESIPs e equipa de enfermagem; - Questionamento à equipa de enfermagem sobre as dificuldades sentidas pelos enfermeiros relativamente à identificação de sinais de alarme de desenvolvimento e as suas necessidades formativas acerca a esta temática;	Materiais: Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas. Humanos: Orientadores de Estágio e Enfermeiros Chefes; Docente orientadora; Enfermeiros Especialistas (ou outros) peritos na área; pais de crianças dos 0-3 anos	Análise crítica, reflexiva e sustentada acerca da experiência e contribuição para desenvolvimento de competências específicas e comuns de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
	Competências a desenvolver	Competências comuns: A1.1, A1.2; A1.3; A1.4; A2.1, A2.2; B3.1; D1.1; D1.2; D2.1, D2.2, D2.3 Competências específicas: E1.1; E1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3; E3.4		

5 a 18 Dezembro – 3 a 15 Janeiro	Unidade de Neonatologia			
	Objetivos Gerais	- Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as idades, nos processos de saúde-doença e nos diferentes contextos de saúde - Desenvolver competências especializadas na deteção precoce de sinais de alarme de desenvolvimento nos primeiros 3 anos de vida.		
	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores Avaliação
	- Desenvolver competências no cuidado de enfermagem à criança/jovem e família em contexto de neonatologia, com especial atenção ao cliente recém-nascido e família - Desenvolver competências no cuidado promotores do desenvolvimento e da vinculação, centrados na criança - Identificar fatores preditores de alterações de desenvolvimento	- Realização de pesquisa bibliográfica: desenvolvimento infantil, cuidados neuroprotetores ao recém-nascido, suporte de vida avançado pediátrico, instrumentos de avaliação do desenvolvimento, escalas de avaliação de dor em Neonatologia, parentalidade, transição para a parentalidade, competências parentais, capacitação parental; - Consulta das normas e protocolos instituídos na Unidade; - Realização de entrevista exploratória a enfermeira gestora e enfermeira orientadora; - Observação e participação ativa nos cuidados de enfermagem prestados pela Enf.^a Orientadora, restantes EEESIPs e equipa de enfermagem; - Identificação do procedimento para sinalização de situações de risco e recursos existentes para a família para continuidade de cuidados pós-alta	Materiais: Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas. Humanos: Orientadores de Estágio e Enfermeiros Chefes; Docente orientadora; Enfermeiros Especialistas (ou outros) peritos na área; pais de crianças dos 0-3 anos	Análise crítica, reflexiva e sustentada acerca da experiência e contribuição para desenvolvimento de competências específicas e comuns de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Competências a desenvolver		Competências comuns: A1.1, A1.2; A1.3; A1.4; A2.1, A2.2; B3.1; D1.1; D1.2; D2.1, D2.2, D2.3 Competências específicas: E1.1; E1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.2;		

16 Janeiro a 10 Fevereiro	Serviço Internamento			
	Objetivos Gerais	- Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as idades, nos processos de saúde-doença e nos diferentes contextos de saúde - Desenvolver competências especializadas na deteção precoce de sinais de alarme de desenvolvimento nos primeiros 3 anos de vida.		
	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores Avaliação
	- Desenvolver competências no cuidado de enfermagem à criança/jovem e família em contexto de internamento, com foco na criança/jovem com necessidades especiais - Desenvolver competências no cuidado promotores do desenvolvimento, centrados na criança - Identificar as dificuldades dos enfermeiros relativamente à identificação dos sinais de alarme de desenvolvimento - Promover competências para a deteção precoce de sinais de alarme de desenvolvimento (pais e enfermeiros)	- Consulta das normas e protocolos instituídos na Unidade; - Realização de entrevista exploratória a enfermeira gestora e enfermeira orientadora - Observação e participação ativa nos cuidados de enfermagem prestados pela Enf.^a Orientadora, restantes EEESIPs e equipa de enfermagem, com especial atenção aos cuidados prestados à criança com necessidades especiais e incapacidades, bem como nas situações de risco para a criança/jovem - Questionamento à equipa de enfermagem sobre as dificuldades sentidas pelos enfermeiros relativamente à identificação de sinais de alarme de desenvolvimento e as suas necessidades formativas acerca a esta temática; - Propor realização de sessão formativa sustentada nas necessidades formativas identificadas – existindo condições do contexto para sua ocorrência – com ênfase na importância da deteção precoce de alterações de desenvolvimento na criança dos 0 aos 3 anos.	Materiais: Livros, artigos de investigação, computador e pesquisa em bases de dados eletrónicas Humanos: Orientadores de Estágio e Enfermeiros Chefes; Docente orientadora; Enfermeiros Especialistas (ou outros) peritos na área; pais de crianças dos 0-3 anos	Análise crítica, reflexiva e sustentada acerca da experiência e contribuição para desenvolvimento de competências específicas e comuns de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
	Competências a desenvolver	Competências comuns: A1.1, A1.2; A1.3; A1.4; A2.1, A2.2; B1.1; B1.2; B3.1; B3.2; C1.1; C1.2; D1.1; D1.2; D2.1, D2.2, D2.3 Competências específicas: E1.1; E1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E2.4, E2.5; E3.1; E3.2; E3.3; E3.4		

Legenda das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e Específicas de EESIP a desenvolver nos diferentes contextos

Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4746 - 4750):

- “A1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”
- “A1.2 - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade”
- “A1.3 - Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão”
- “A2.1 - Promove a proteção dos direitos humanos”
- “A2.2 - Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente”
- “B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade”
- “B1.2 - Orienta projetos institucionais na área da qualidade”
- “B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo”
- “B3.2 - Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais”
- “C1.1 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”
- “C1.2 - Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade”
- “D1.1 - Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”
- “D1.2 - Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional”
- “D2.1 - Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”
- “D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica”
- “D2.3 - Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”.

Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018, 2018, p.19193 - 19194):

- “E1.1 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”
- “E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”
- “E2.1 - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”
- “E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”
- “E2.3 - Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados”
- “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”
- “E2.5 - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”
- “E3.1 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”
- “E3.2 - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais”
- “E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”
- “E3.4 - Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”.

Referências Bibliográficas

- Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.

Apêndice IV

Cartaz Informativo e Base de Secretária: Escala de Avaliação de
Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 1 – 12M

Material a ser usado

4 - 6 Semanas

3 Meses

6 Meses

9 Meses

12 Meses

Postura e Motricidade Global

- Em decúbito ventral - levanta a cabeça.
- Em decúbito dorsal - a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão.
- Em tração pelas mãos - a cabeça cai.
- Quando sentado(a) - dorso em arco e mãos fechadas.
- Em suspensão vertical - cabeça ereta membros semi-fletidos

- Em decúbito ventral - apoio nos antebraços.
- Em decúbito dorsal - postura simétrica, membros com movimentos ritmados.
- Em tração pelas mãos - cabeça ereta e coluna dorsal direita.
- De pé - flete os joelhos, não faz apoio.

- 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.
- De pé faz apoio

- Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos.
- Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se

- Passa de decúbito dorsal a sentado(a).
- Tem equilíbrio sentado(a).
- Gatinha.
- Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos

Visão e Motricidade Fina

- Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média).

Pompom ou bola pendente

- Mantém mãos abertas - junta-as na linha média e brinca com elas.
- Segura brevemente a roca e move-a em direção à face.
- Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal.
- Apresenta convergência ocular.
- Faz pestanejo de defesa.

Pompom ou bola pendente e Roca

- Tem prensão palmar.
- Leva os objetos à boca.
- Transfere objetos.
- Esquece imediatamente o objeto quando este cai.
- Apresenta boa convergência (estrabismo anormal)

- Tem prensão e manipulação.
- Leva tudo à boca.
- Aponta com o indicador.
- Faz pinça.
- Atira os objetos ao chão deliberadamente.
- Procura o objeto que caiu ao chão

Brinquedos para atirar ao chão e objeto colorido pequeno para realização de pinça fina

- Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão.
- Procura um objeto escondido.
- Tem interesse visual para perto e longe.

Audição e Linguagem

- Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido

- Atende e volta-se geralmente aos sons.

- Segue os sons a 45 cm do ouvido.
- Vocaliza sons monossílabos e dissílabos.
- Dá gargalhadas.

- Tem atenção rápida para os sons perto e longe.
- Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido.
- Repete várias sílabas ou sons do adulto.

- Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa.
- Dá pelo nome e volta-se.
- Jargão (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível).
- Compreende ordens simples "dá, cá e adeus".

Comportamento e Adaptação Social

- Fixa a face da mãe quando o alimenta.
- Tem sorriso presente às 6 semanas.
- Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer

- Sorri.
- Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar

- É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a)

- Leva uma bolacha à boca.
- Mastiga.
- Distingue os familiares dos estranhos.

- Bebe pelo copo com ajuda.
- Segura a colher mas não a usa.
- Colabora no vestir levantando os braços.
- É muito dependente do adulto.
- Demonstra afeto.

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a).
- Apresenta hipertonicidade na posição de pé.
- Nunca segue a face humana.
- Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana).
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

- Não fixa, nem segue objetos.
- Não sorri.
- Não há qualquer controlo da cabeça.
- Tem as mãos sempre fechadas.
- Tem os membros rígidos em repouso.
- Apresenta sobressalto ao menor ruído.
- Chora e grita quando se toca.
- Pobreza de movimentos.

- Ausência de controlo da cabeça.
- Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar.
- Não olha nem pega em qualquer objeto.
- Apresenta assimetrias.
- Não reage aos sons.
- Não vocaliza.
- Tem desinteresse pelo ambiente.
- Apresenta irritabilidade.
- Tem estrabismo manifesto e constante.

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

- Não aguenta o peso nas pernas.
- Permanece imóvel, não procura mudar de posição.
- Apresenta assimetrias.
- Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão.
- Não responde à voz.
- Não brinca nem estabelece contacto.
- Não mastiga

Elaborado por: Bruno Gomes, nº11000 - Mestrando do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Enf.ª Orientadora: Enfª

Docente Orientadora: Profª Drª Mª Isabel Malheiro

Referência Bibliográfica: Sharma, A., Cockerill, H. & Sanctuary, L. (2021). Mary Sheridan's from birth to five years. Children's developmental progress (5rd Edition). Abingdon, Oxon: Routledge
Direção-Geral da Saúde. Programa nacional de saúde infantil e juvenil: norma nº 010/2013, de 31/05/2013. Lisboa: DGS



Sinais de Alarme

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 18 Meses - 5 Anos

Material a ser usado

	18 Meses	2 Anos	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Postura e Motricidade Global	- Anda bem. - Apanha brinquedos do chão.	- Corre. - Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau	- Tem equilíbrio momentâneo num pé. - Sobe escadas alternadamente. - Desce com os dois pés no mesmo degrau.	- Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos. - Sobe e desce as escadas alternadamente. - Salta num pé	- Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax. - Salta alternadamente num pé
Visão e Motricidade Fina	- Constrói torre de 3 cubos. - Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. - Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez Conjunto de 10 cubos Papel e Lápis Livro infantil	- Constrói torre de 6 cubos. - Imita rabisco circular. - Gosta de ver livros. - Vira uma página de cada vez. Conjunto de 10 cubos Papel e Lápis Livro infantil	- Constrói torre de 9 cubos. - Imita (3A) e copia (3A e meio) a ponte de 3 cubos - copia o círculo - imita a cruz. - Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde) Conjunto de 10 cubos Papel e Lápis Cartões com cores básicas	- Constrói escada de 6 cubos. - Copia a cruz. - Combina e nomeia quatro cores básicas. Conjunto de 10 cubos Papel e Lápis Cartões com cores básicas	- Constrói 4 degraus com 10 cubos. - Copia o quadrado e o triângulo. - Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores. Conjunto de 10 cubos Papel e Lápis Cartões com cores básicas
Audição e Linguagem	- Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. - Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos	- Diz o primeiro nome. - Fala sozinho(a) enquanto brinca. - Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. - Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. - Nomeia objetos	- Diz o nome completo e o sexo. - Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. - Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.	- Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. - Apresenta linguagem compreensível. - Tem apenas algumas substituições infantis.	- Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. - Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta - pode haver confusão nalguns sons
Comportamento e Adaptação Social	- Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. - Segura a colher e leva alimentos à boca. - Não gosta que lhe peguem. - Exige muita atenção. - Indica necessidade de ir à casa de banho. - Começa a copiar atividades domésticas.	- Coloca o chapéu e os sapatos. - Usa bem a colher. - Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar	- Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. - Vai sozinho(a) à casa de banho. - Come com colher e garfo.	- Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. - Gosta de brincar com crianças da sua idade. - Sabe esperar pela sua vez.	- Veste-se sozinho(a). - Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). - Escolhe o(a)s amigo(a)s. - Compreende as regras do jogo
Sinais de Alarme	- Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas. - Anda sempre na ponta dos pés. - Apresenta assimetrias. - Não faz pinça - não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador. - Não responde quando o(a) chamam. - Não vocaliza espontaneamente. - Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto. - Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca. - Tem estrabismo.	- Não anda sozinho(a). - Deita os objetos fora. - Usa bem a colher. - Não constrói nada. - Não parece compreender o que se lhe diz. - Não pronuncia palavras inteligíveis. - Não se interessa pelo que está em seu redor. - Não estabelece contacto. - Não procura imitar. - Tem estrabismo.	- E hiperactivo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração. - Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. - Tem estrabismo ou suspeita de défice visual. - Apresenta perturbação do comportamento		



Elaborado por: Bruno Gomes, nº11000 - Mestrando do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Enf.ª Orientadora: Enfª Docente Orientadora: Profª Drª Mª Isabel Malheiro

Referência Bibliográfica: Sharma, A., Cockerill, H. & Sanctuary, L. (2021). Mary Sheridan's from birth to five years. Children's developmental progress (5rd Edition). Abingdon, Oxon: Routledge
Direção-Geral da Saúde. Programa nacional de saúde infantil e juvenil: norma nº 010/2013, de 31/05/2013. Lisboa: DGS

Apêndice V

Folheto Sinais de Alarme no Desenvolvimento

Cada criança vive o seu próprio processo de desenvolvimento, no seu próprio tempo

No entanto, existem certas aquisições, que, não ocorrendo nos momentos-chave, poderão definir-se como sinais de alarme para possíveis alterações no desenvolvimento, sendo importante partilhar as suas dúvidas e suspeitas com o seu enfermeiro/médico de família.

A existência de qualquer um destes sinais não significa, por si só, que o seu filho tenha qualquer perturbação no seu desenvolvimento, devendo ser avaliado pelo profissional de saúde.



Partilhe as suas dúvidas

Conte com o seu enfermeiro e médico de
família para o ajudar

Elaborado por:

Bruno Gomes

Mestrando do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa

Profª Orientadora: Profª Drª Mª Isabel Malheiro

Referência Bibliográfica: Sharma, A., Cockerill, H. & Sanctuary, L. (2021). Mary Sheridan's
from birth to five years. Children's developmental progress (5rd Edition). Abingdon, Oxon:
Routledge

SINAIS DE ALARME NO DESENVOLVIMENTO

0 -5 Anos



1 Mês

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a).
- Apresenta hipertonidade na posição de pé.
- Nunca segue a face humana.
- Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana).
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos

- Não fixa, nem segue objetos.
- Não sorri.
- Não há qualquer controlo da cabeça.
- Tem as mãos sempre fechadas.
- Tem os membros rígidos em repouso.
- Apresenta sobressalto ao menor ruído.
- Chora e grita quando se toca.
- Pobreza de movimentos

3 Meses

6 Meses

- Ausência de controlo da cabeça.
- Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar.
- Não olha nem pega em qualquer objeto.
- Apresenta assimetrias.
- Não reage aos sons.
- Não vocaliza.
- Tem desinteresse pelo ambiente.
- Apresenta irritabilidade.
- Tem estrabismo manifesto e constante.



9 Meses

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

12 Meses

- Não aguenta o peso nas pernas.
- Permanece imóvel, não procura mudar de posição.
- Apresenta assimetrias.
- Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão.
- Não responde à voz.
- Não brinca nem estabelece contacto.
- Não mastiga

18 Meses

- Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas.
- Anda sempre na ponta dos pés.
- Apresenta assimetrias.
- Não faz pinça – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador.
- Não responde quando o(a) chamam.
- Não vocaliza espontaneamente.
- Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto.
- Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca.
- Tem estrabismo.

2 Anos

- Não anda sozinho(a).
- Deita os objetos fora.
- Não constrói nada.
- Não parece compreender o que se lhe diz.
- Não pronuncia palavras inteligíveis.
- Não se interessa pelo que está em seu redor.
- Não estabelece contacto.
- Não procura imitar.
- Tem estrabismo

4-5 Anos

- É hiperactivo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração.
- Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez.
- Tem estrabismo ou suspeita de défice visual.
- Apresenta perturbação do comportamento.

Apêndice VI

Sessão de *Journal Club*: Análise do artigo “Siblings and Interventions: How Siblings Influence Development and Why Practitioners Should Consider Including Them in Interventions” (Beffel, Gerde & Nuttall, 2021)

Journal Club

Siblings and Interventions: How Siblings Influence Development and Why Practitioners Should Consider Including Them in Interventions

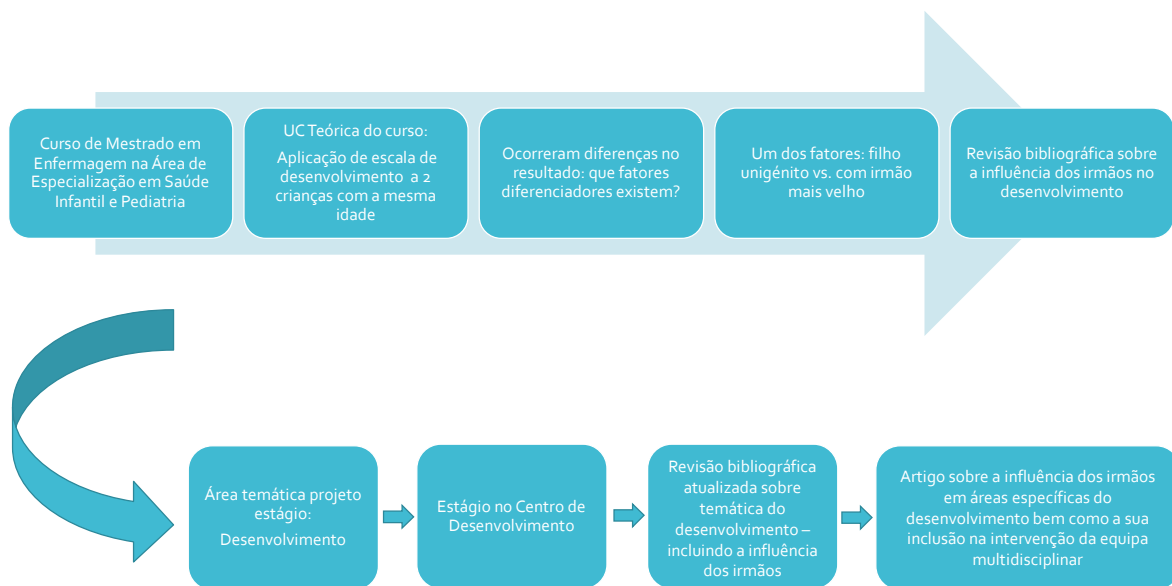
Beffel, J.H., Gerde, H.K. & Nuttall, A.K. (2021). *Early Childhood Education Journal*

Bruno Gomes

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

3 Novembro 2022



Journal Club

Siblings and Interventions: How Siblings Influence Development and Why Practitioners Should Consider Including Them in Interventions

Beffel, J.H., Gerde, H.K. & Nuttall, A.K. (2021). *Early Childhood Education Journal*

Bruno Gomes

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

3 Novembro 2022



- A evidência científica reconhece o destaque da influência positiva que os irmãos têm em três áreas de desenvolvimento: **comportamento pró-social, comunicação e alfabetização**.
- Neste artigo, o termo 'intervenção' é definido como:
 - qualquer tratamento intencional dado a uma criança com o objetivo de melhorar os resultados de desenvolvimento.

Beffel, J.H. et al. (2021)

Os irmãos e a intervenção

Relacionamentos positivos entre irmãos podem:

- prevenir comportamentos de risco,
- promover o funcionamento familiar saudável,
- promover a saúde psicológica e
- promover a competência social.

Os irmãos conseguem ser promotores do desenvolvimento de forma diferente dos pais.



Nas famílias em que os pais não falam a língua de instrução da escola, os irmãos mais velhos têm a capacidade de promover a aprendizagem da nova língua.

Beffel, J.H. et al. (2021)

Os irmãos na intervenção

- Embora não haja muitas intervenções que incluam irmãos, as poucas que envolvem irmãos mostram resultados promissores:

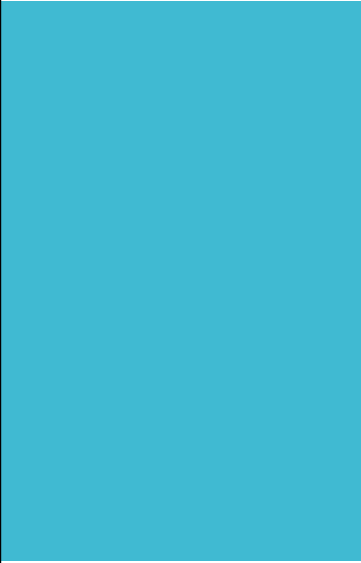
- Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA):

- os irmãos com PHDA apresentaram **comportamentos sociais significativamente mais positivos** e exibiram **mudanças positivas em suas habilidades sociais** (Daffner et al., 2020).

- Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)

- Efeitos semelhantes foram observados em díades em que um irmão apresentava PEA (Shivers & Plavnick, 2015).

Além disso, os **irmãos com desenvolvimento típico** também experimentaram benefícios, como **maior cooperação, confiança** e um **relacionamento** entre irmãos de **melhor qualidade** (Shivers & Plavnick, 2015).



Que influência têm os irmãos na
áreas de desenvolvimento:

**Comportamento pró-social,
comunicação e alfabetização?**



**Comportamento
pró-social**

O comportamento pró-social pode ser definido como respostas proativas e reativas às necessidades dos outros que servem para promover o seu bem-estar (Hastings et al., 2007).

A evidência científica destaca a influência positiva que a qualidade do relacionamento entre irmãos tem no comportamento pró-social.

Beffel, J.H. et al. (2021)

Especificidades de como o relacionamento entre irmãos promove o desenvolvimento do comportamento pró-social

- São relacionamentos próximos, caracterizados por um alto grau de familiaridade; oferecem uma grande oportunidade para aprenderem sobre os sentimentos dos outros.
- São diferentes das interações entre pares, pois geralmente há uma diferença de idade entre os irmãos.
 - Os irmãos mais velhos são tipicamente mais avançados no desenvolvimento de habilidades pró-sociais
- Os irmãos partilham a promoção de habilidades pró-sociais apreciadas pela família e cultura em que vivem.

Beffel, J.H. et al. (2021)

Especificidades de como o relacionamento entre irmãos promove o desenvolvimento do comportamento pró-social

- O primeiro ensino explícito de comportamento pró-social das crianças pode ser o comportamento pró-social com o seu próprio irmão.
- É comum que os irmãos mais velhos colaborem no cuidado ao irmão. Isso contribui para aprender como ajudar e atender às necessidades dos outros.

Beffel, J.H. et al. (2021)

Benefícios da inclusão de irmãos em intervenções de comportamento pró-social

- Existe a possibilidade de aprendizagem bidirecional de e para cada irmão.
- A intervenção precoce é crucial e as crianças **passam mais tempo a interagir com os irmãos do que com os colegas**. Permite que a intervenção ocorra ainda antes de as crianças começarem a fazer amigos.
- A promoção do comportamento pró-social por irmãos mais velhos já ocorre naturalmente em muitas famílias.

Beffel, J.H. et al. (2021)

Recomendações para incluir irmãos em intervenções de comportamento pró-social

- **Estimular** irmãos a **discutir** frequentemente, entre eles, as suas **emoções**.
- Encorajar o irmão mais velho a usar formas de **indução** (dar às crianças razões para mudar o seu comportamento, identificando como a outra pessoa se sente) quando as interações com o irmão mais novo envolvem a falta de comportamento pró-social.
- Incentivar os irmãos mais velhos a **modelar** o comportamento pró-social com mais frequência, visto que o outro é influenciado pelo seu próprio comportamento.

Beffel, J.H. et al. (2021)

Influência dos irmãos na comunicação

- Em termos de comunicação, as pesquisas demonstram que, entre crianças com alterações na comunicação, existe uma correlação entre o facto de ter um irmão e melhores habilidades de comunicação (Ben-Itzhak et al., 2016; Douglas et al., 2018).
- O relacionamento entre irmãos inclui um aspeto íntimo - é alguém que provavelmente partilha muitas de suas experiências (Beffel, J.H. et al., 2021).
- A díade normalmente inclui uma criança mais velha e mais experiente que pode apoiar as habilidades de comunicação do irmão mais novo (Leach et al., 2015).

Influência dos irmãos na comunicação

- Os irmãos corrigem a linguagem um do outro e fornecem instruções sobre o idioma quando um irmão pede ajuda (Kheirkhah & Cekaite, 2018).
- Nas díades de irmãos em que um irmão experimenta atraso na comunicação, os irmãos fornecem um modelo de comunicação normativa. Isso é especialmente importante entre crianças que experimentam perturbações a nível da interação social, e, portanto, não se envolvem com frequência em interações com colegas (Anderson et al., 2004; DiStefano et al., 2016).

Benefícios da inclusão de irmãos em intervenções na comunicação

- A comunicação entre irmãos é comum e ocorre naturalmente ao longo da vida (Fowler, 2009).
- O irmão mais velho **modela a linguagem**, incluindo vocabulário, sintaxe e gramática para o irmão mais novo (Leach et al., 2015).
- Os irmãos oferecem **suporte linguístico** quando os pais não estão disponíveis (Havron et al., 2019).
- Existe a possibilidade de **aprendizagem bidirecional**.

Beffel, J.H. et al. (2021)

Influência dos irmãos na alfabetização

- A maioria das crianças envolve-se naturalmente em várias atividades de alfabetização com seus irmãos.
 - Por exemplo, um estudo identificou que 54,4% das crianças leem com os seus irmãos regularmente (Sokal & Piotrowski, 2011).
- Irmãos mais velhos podem fornecer aos irmãos mais novos materiais de leitura ou podem conversar sobre os livros que leram e recomendar materiais de leitura uns aos outros.
- Quando os irmãos mais novos observam os irmãos mais velhos a ler, conseqüentemente imitam o comportamento.
- Os ambientes e interações que as famílias proporcionam em torno da alfabetização influenciam o desenvolvimento desta dimensão nas crianças.

Beffel, J.H. et al. (2021)

Influência dos irmãos na alfabetização

- Estudos recentes sobre o apoio dos irmãos à escrita inicial de crianças mais pequenas identificaram que:
 - os **irmãos eram mais brincalhões nos seus apoios** com os irmãos mais novos do que os pais;
 - as crianças **passavam mais tempo a escrever com o irmão** do que com um dos pais.
- Irmãos mais velhos que ensinaram habilidades de alfabetização aos seus irmãos mais novos tiveram maior desempenho neste domínio.

Beffel, J.H. et al. (2021)

Benefícios de incluir os irmãos em intervenções da alfabetização

- **Ambos os irmãos podem melhorar** suas habilidades de alfabetização (Beffel, J.H. et al., 2021).
- As **interações** entre irmãos centradas na alfabetização são **comuns** e ocorrem **naturalmente** (Sokal & Piotrowski, 2011).
- Os irmãos podem estar mais disponíveis do que os pais para ler com as crianças (Havron et al., 2019) e envolver-se na aprendizagem de forma mais lúdica do que os pais (Zabanch et al., 2020).

Recomendações para a inclusão de irmãos em intervenções de alfabetização

- As intervenções direcionadas à alfabetização podem fornecer aos irmãos **livros projetados para promover habilidades específicas** de alfabetização para usar durante seus momentos naturais de leitura compartilhada com seus irmãos.
- Os profissionais podem fornecer aos irmãos mais velhos **livros que estimulem a discussão** (leitura dialógica), bem como incentivar os irmãos mais velhos a discutir os livros com o irmão mais novo durante as leituras compartilhadas.

Beffel, J.H. et al. (2021)

Cuidados a considerar por parte dos profissionais na inclusão dos irmãos em qualquer uma das áreas

- Considerar os fatores familiares que podem influenciar o nível de habilidade dos irmãos – irmãos também podem ter dificuldades.
- No caso da alfabetização, pesquisas anteriores estabeleceram que fatores familiares, como educação dos pais e rendimento familiar, influenciam as habilidades de alfabetização (Davis-Kean, 2005).

Beffel, J.H. et al. (2021)

Questões a ter atenção na inclusão dos irmãos nas intervenções

- Há vários fatores a serem considerados na decisão da inclusão dos irmãos nas intervenções. Para a tomada de decisão podem usar-se algumas perguntas-chave:

- Faz sentido incluir os irmãos na intervenção?
- De que forma os irmãos podem ajudar a alcançar os objetivos da intervenção?
- Quais são os benefícios potenciais para os irmãos? Pode a intervenção ser adaptada de modo a que ambas as crianças sejam beneficiadas o máximo possível?
- De que forma os irmãos devem ser envolvidos? Como agentes da intervenção (por exemplo, instrutor ou modelo) ou codestinatários da intervenção?

Beffel, J.H. et al. (2021)

Muito obrigado!

Apêndice VII

Plano de Sessão de Formação em Serviço realizada no contexto de
Serviço de Urgência Pediátrica: “Sinais de alarme no desenvolvimento
infantil”



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Planeamento da sessão de formação em serviço:

Sinais de alerta no desenvolvimento infantil

Bruno Ricardo Ferreira dos Santos Gomes, nº 11000

—

**Lisboa
novembro 2022**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Planeamento da sessão de formação em serviço:

Sinais de alerta no desenvolvimento infantil

Bruno Ricardo Ferreira dos Santos Gomes, nº 11000

—

Orientador: Profª Doutora Maria Isabel Dias da Costa Malheiro

—

**Lisboa
novembro 2022**

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	6
1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL	7
3. POPULAÇÃO ALVO	9
4. OBJETIVOS	9
5. SELEÇÃO DE CONTEÚDOS.....	9
6. ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE	10
6.1. Plano da atividade	11
7. AVALIAÇÃO	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

APÊNDICES

Apêndice I: Apresentação diapositivos da sessão de formação em serviço “Sinais de
alarme no desenvolvimento infantil”

Apêndice II: Questionário de apreciação da sessão de formação em serviço “sinais de
alarme no desenvolvimento infantil”

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Plano da atividade.....	11
------------------------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Respostas à questão: “Os objetivos da formação foram cumpridos”	12
Gráfico 2: Respostas à questão “Os conteúdos abordados foram pertinentes”	12
Gráfico 3: Respostas à questão “O formado tinha os conhecimentos de base necessários”	13
Gráfico 4: Respostas à questão “As instalações e meios audiovisuais foram adequados”	13

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Unidade Curricular Estágio com Relatório, no contexto de Urgência Pediátrica, foi identificada a necessidade da realização de uma sessão de formação em serviço para os enfermeiros do serviço, sob o tema “Sinais de Alarme no Desenvolvimento Infantil”. Esta sessão encontra-se englobada nas atividades do projeto de estágio desenvolvido, intitulado “Deteção precoce de alterações de desenvolvimento na criança dos 0 aos 3 anos: o contributo do Enfermeiro Especialista”. A decisão de temática surgiu após o diagnóstico das necessidades formativas dos enfermeiros do serviço sobre o tema, realizado através de um levantamento efetuado na equipa.

Consciente de que a hospitalização e a doença poderá interferir na avaliação de competências da criança, podendo colocar em causa a validade da avaliação, no entanto, é imperativo considerar que a vinda ao serviço de urgência é uma oportunidade para a apreciação de sinais de alarme que possam existir, oportunidade essa ainda de maior relevância no caso de crianças que não façam a vigilância de saúde infantil e juvenil com regularidade. Nesse sentido, torna-se importante que os enfermeiros se sintam despertos, competentes e confortáveis para a identificação destes desvios ao padrão de desenvolvimento, permitindo a sua atempada referenciação.

A sessão tem como objetivo principal a atualização de conhecimentos e sensibilização para a problemática e importância de conhecer os sinais de alarme de alterações/desvios ao desenvolvimento da criança. A sessão destina-se à equipa de enfermagem.

O presente documento inicia-se com o enquadramento conceptual da temática abordada, é posteriormente definida a população-alvo, objetivos da sessão e seleção de conteúdos. Posteriormente é definida a organização da atividade, bem como a estratégia de avaliação da mesma, terminando o plano com a apresentação da avaliação de sessão.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O crescente aumento do número de casos de crianças com alterações de desenvolvimento a nível mundial pode ser considerado um problema de saúde relevante. Segundo Gil et. al (2020), 25% das crianças, a nível global, tem suspeita de atraso de desenvolvimento, sendo que na Europa os valores situam-se nos 10%. Os dados da Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (2018) revelam que em 2016 8,4% das crianças com menos de 5 anos apresentavam problemas de desenvolvimento.

Tendo em conta estes elevados índices de prevalência, é importante destacar que o rastreio regular do neurodesenvolvimento permite detetar crianças com alterações em idades mais precoces, antecipando a intervenção adequada e minimizando as sequelas a longo prazo (Vitrikas et al. 2017).

Deste modo, a intervenção do enfermeiro na deteção precoce de alterações de desenvolvimento é fundamental, pelo contacto privilegiado que tem com a criança nos seus múltiplos contextos de atendimento nos serviços de saúde. Esta deteção atempada de sinais de alarme no desenvolvimento da criança irá otimizar a resposta aos possíveis transtornos de desenvolvimento existentes, permitindo minimizar o impacto causado por estes na criança, maximizando o seu potencial de desenvolvimento.

Lipkin et al. (2020), no seu estudo, realçam que lactentes e *toddlers* com atrasos de desenvolvimento e/ou déficits comportamentais melhoraram as suas competências cognitivas e de linguagem quando submetidos a intervenção precoce. Nesta idade, o cérebro possui uma maior capacidade de modelagem pela experiência, adaptabilidade essa que é mais evidente no início de vida (Papalia & Martorell, 2021). Para além disso, Micai et al. (2020), na revisão de literatura, concluíram que os pais começam a demonstrar preocupações geralmente a partir dos 12–18 meses de idade da criança, sugerindo que é possível a deteção precoce de sinais de alarme atempadamente. Por outro lado, os mesmos autores, sustentados noutros estudos afirmam que, sem rastreios sistematizados, pelo menos 50% das crianças com transtorno de desenvolvimento ou comportamental não são detetadas antes do jardim de infância, prevalência também já defendida por Mackrides e Ryherd (2011), que acrescentam, a partir da análise de outros estudos, que a maioria demonstra já ligeiros atrasos leves de desenvolvimento aos dois anos de idade.

Nesse sentido, a vigilância de saúde infantil - sem a aplicação de instrumentos de rastreio - não é, por si só, suficiente. A Direcção-Geral da Saúde (2013), no seu Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, reconhece que a avaliação clínica informal, realizada de forma isolada, sem a utilização destes mesmos instrumentos, deteta menos de 30% das crianças com alterações de desenvolvimento.

Assim, urge consciencializar e capacitar os enfermeiros da importância de estarem despertos para os sinais de alarme de desenvolvimento da criança e da sua deteção o mais

precoce possível, para que a intervenção sobre possíveis alterações seja também ela realizada o mais precocemente possível. Acrescentam ainda, que é essencial associar à vigilância a mobilização e aplicação de instrumentos de rastreio, sempre que existir qualquer tipo de suspeita de alteração no desenvolvimento da criança. A utilização deste tipo de instrumentos poderá não fazer sentido na criança em situação de doença aguda; no entanto, a identificação destes desvios poderá ser o primeiro passo para a referenciação desta criança a consultas especializadas, onde poderá iniciar essa avaliação e encaminhamento. Esperar que uma criança não atinja um marco de desenvolvimento pode resultar num reconhecimento tardio de alterações de desenvolvimento, aumentando a insatisfação e ansiedade parental, privando a criança e família dos benefícios da plasticidade cerebral da criança e seu potencial de desenvolvimento, identificação e intervenção precoce (Lipkin et al., 2020).

3. POPULAÇÃO ALVO

A sessão destina-se aos enfermeiros de um serviço de urgência pediátrica.

4. OBJETIVOS

São objetivos da sessão planeada:

- a) Sensibilizar para identificação de sinais de alarme no desenvolvimento nas crianças internadas no serviço
- b) Descrever os sinais de alarme no desenvolvimento em cada "idade-chave"
- c) Apresentar a ferramenta " Memorando dos sinais de alarme para deteção de alterações no desenvolvimento infantil"

5. SELEÇÃO DE CONTEÚDOS

De acordo com a finalidade da sessão e com os objetivos definidos, os conteúdos a abordar são:

- a) Apresentação da problemática e a importância da identificação dos sinais de alarme de alterações no desenvolvimento na criança
- b) Internamento na ----- : Uma oportunidade para a deteção de sinais de alarme no desenvolvimento
- c) Escala de Mary Sheridan Modificada
- d) Apresentação dos sinais de alarme no desenvolvimento infantil
- e) Apresentação da ferramenta "Memorando dos sinais de alarme para deteção de alterações no desenvolvimento infantil"

6. ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE

A data e hora para a realização da formação em serviço será 28 de Novembro de 2022, às 14h30, sendo realizada presencialmente e online, via Teams, para conseguir a presença do maior número de elementos possível.

Os recursos a utilizar nesta sessão serão:

- a) Recursos Humanos – um estudante do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e os participantes da sessão;
- b) Recursos Físicos – a sala de reuniões da Unidade;
- c) Recursos Materiais – computador com ligação à Internet.

6.1. Plano da atividade

Tabela 1 - Plano da atividade

Fases/ Tempo	Conteúdo	Métodos e técnicas	Recursos didáticos	Avaliação
Introdução 5 minutos	Apresentação do estudante e do conteúdo global da sessão	- Método ativo - Técnica pedagógica do tipo expositivo	Projetáveis: apresentação <i>PowerPoint</i>	
Desenvolvimento 15 minutos	- Apresentação da problemática e a importância da identificação dos sinais de alarme de alterações no desenvolvimento na criança - Internamento na Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos: Uma oportunidade para a deteção de sinais de alarme no desenvolvimento - Escala de Mary Sheridan Modificada - Sinais de alarme no desenvolvimento Apresentação da ferramenta "Memorando dos sinais de alarme para deteção de alterações no desenvolvimento infantil "	- Método ativo - Técnica pedagógica do tipo expositivo - Técnica pedagógica do tipo demonstrativo indireto	Projetáveis: apresentação <i>PowerPoint</i>	
Conclusão 5-10 minutos	Questões/ <i>Feedback</i>	Método interativo		Questionário de apreciação da sessão

7. AVALIAÇÃO

Para a avaliação da sessão, foi aplicado o “Questionário de Apreciação da Sessão de Formação em Serviço “Sinais de Alarme no Desenvolvimento Infantil” (Apêndice II), tendo sido o mesmo distribuído pelos formandos no final da sessão. O mesmo é constituído por 6 questões, sendo as primeiras quatro de escolha múltipla, recorrendo a uma escala de Lickert para a sua resposta com quatro itens possíveis de concordância: discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente. O questionário possui ainda duas questões de resposta aberta para identificação dos pontos positivos da sessão bem como sugestões para sessões futuras. O preenchimento do instrumento foi realizado de forma totalmente anónima, tendo sido analisado posteriormente os dados recolhidos. Das 9 pessoas presentes, 4 responderam ao questionário, tendo sido obtidos os seguintes resultados:

Gráfico 1

Respostas à questão: “Os objetivos da formação foram cumpridos”



Gráfico 2

Respostas à questão “Os conteúdos abordados foram pertinentes”



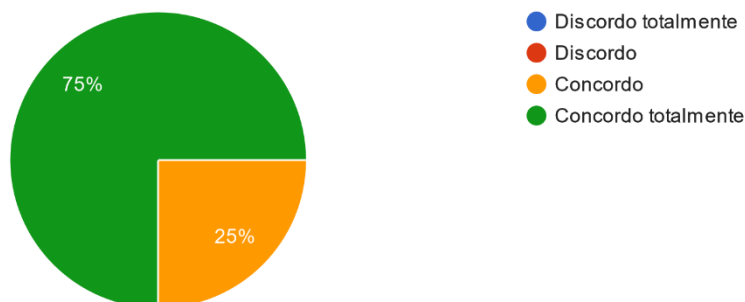
Gráfico 3

Respostas à questão “O formado tinha os conhecimentos de base necessários”



Gráfico 4

Respostas à questão “As instalações e meios audiovisuais foram adequados”



Relativamente às questões de resposta aberta, foi identificado como aspetos positivos da sessão o facto de ser “*muito pertinente*”. Foi ainda referenciado que “*a criação da check list foi uma optima intervenção*” bem como a “*clareza e pertinência do conteúdo*”.

Nada foi sugerido como ponto a melhorar em futuras sessões.

Neste sentido, e tendo em conta a avaliação realizada pelos formandos, conclui-se que os objetivos da sessão foram atingidos, tendo contribuído para a atualização de conhecimentos da equipa, bem como para a sensibilização da importância da problemática na prática de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil: norma nº 010/2013, de 31/05/2013*. Lisboa: DGS. Acedido a 13/04/2022. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Gil, J. D., Ewerling, F., Ferreira, L. Z., & Barros, A. J. (2020). Early childhood suspected developmental delay in 63 low- and middle-income countries: Large within- and between-country inequalities documented using national health surveys. *Journal of global health*, 10(1), 010427. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010427>
- Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (2018). Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet. Global health*, 6(10), e1100–e1121. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30309-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30309-7)
- Lipkin, P. H., Macias, M. M., & AAP COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS (2020). Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*, 145(1), e20193449. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3449>
- Mackrides, P. S., & Ryherd, S. J. (2011). Screening for developmental delay. *American family physician*, 84(5), 544–549.
- Micai, M., Fulceri, F., Caruso, A., Guzzetta, A., Gila, L., & Scattoni, M. L. (2020). Early behavioral markers for neurodevelopmental disorders in the first 3 years of life: An overview of systematic reviews. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 116, 183–201. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.027>
- Papalia, D. E. & Martorell, G. (2021). *Desenvolvimento Humano* (14ª Ed.). McGraw Hill.
- Vitrikas, K., Savard, D. & Bucaj M. (2017). Developmental delay: when and how to screen. *Am Fam Physician*, 96(1), 36-4

APÊNDICES

Apêndice I

Apresentação *Powerpoint* da sessão de formação em serviço “Sinais de alarme no desenvolvimento infantil”



SINAIS DE ALARME NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Bruno Gomes

Mestrando do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Enfª Orientadora: Enfª ESIP

Profª Orientadora: Profª Drª Mª Isabel Malheiro



SUMÁRIO

- Apresentação da problemática e a importância da identificação dos sinais de alarme de alterações no desenvolvimento na criança
- Internamento na : Uma oportunidade para a detecção de sinais de alarme no desenvolvimento
- Escala de Mary Sheridan Modificada
- Apresentação dos sinais de alarme no desenvolvimento infantil
- Apresentação da ferramenta " Memorando dos sinais de alarme para detecção de alterações no desenvolvimento infantil "





OBJETIVOS:

- Sensibilizar para identificação de sinais de alarme no desenvolvimento nas crianças internadas no serviço
- Descrever os sinais de alarme no desenvolvimento em cada "idade-chave"
- Apresentar a ferramenta "Memorando dos sinais de alarme para detecção de alterações no desenvolvimento infantil" para suporte à prática dos enfermeiros



A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS DE ALARME DE ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO NA CRIANÇA



Globalmente, 8,4% das crianças com menos de 5 anos apresentavam problemas de desenvolvimento em 2016

Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (2018)



21.331 crianças acompanhadas pela rede de IPI
16.050 tinha mais de 3 anos.

SNIPi (2018)

Em vários estudos (De Giacomo and Fombonne, 1998; Rogers and DiLalla, 1990; Wimpory et al., 2000; Coonrod & Stone, 2004) é possível identificar que os pais começam a demonstrar preocupações geralmente a partir dos 12–18 meses de idade da criança, o que sugere que a deteção precoce de sinais é potencialmente possível

Micali Et al (2020)



A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS DE ALARME DE ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO NA CRIANÇA

Em todo o cérebro do recém-nascido formam-se muitos caminhos efêmeros, criando certas conexões entre as diferentes áreas cerebrais que já não se observam no adulto.

(Innocenti & Price (2005) citados por Stiles (2012))

Lactentes e *toddlers* com atrasos de desenvolvimento e/ou déficits comportamentais melhoraram as suas competências cognitivas e de linguagem quando submetidas a intervenções precoces individualizadas e apropriadas

Lipkin, Macias, &
COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS (2020)



INTERNAMENTO NA

Não esquecendo que:

- a hospitalização e a doença interferem na avaliação de competências da criança e conseqüentemente na avaliação do desenvolvimento (Franklin & Prows, 2014)

Mas tendo em conta que:

- a vinda a um serviço de urgência é, em muitas situações, um dos poucos contatos com serviços de saúde (por ex: comunidades migrantes sem acompanhamento em CSP)

UMA OPORTUNIDADE PARA A DETECÇÃO DE SINAIS DE ALARME NO DESENVOLVIMENTO



ESCALA DE AVALIAÇÃO MARY SHERIDAN MODIFICADA

É um instrumento validado que permite a avaliação
desenvolvimento da criança em quatro grandes áreas:

Motricidade global

Visão e motricidade fina

Audição e linguagem

Comportamento e adaptação social

(Sharma, Cockerill & Sanctuary, 2021)



ESCALA DE AVALIAÇÃO MARY SHERIDAN MODIFICADA

Com base nos diversos marcos identificados ao
longo do desenvolvimento, nas diferentes áreas e
idades chave, foi elaborada uma escala de sinais
de alarme no desenvolvimento

Direção-Geral da Saúde, 2013



SINAIS DE ALARME NO DESENVOLVIMENTO

4 -6 SEMANAS

- * Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a).
- * Apresenta hipertonicidade na posição de pé.
- * Nunca segue a face humana.
- * Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana).
- * Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

3 MESES

- * Não fixa, nem segue objetos.
- * Não sorri.
- * Não há qualquer controlo da cabeça.
- * Tem as mãos sempre fechadas.
- * Tem os membros rígidos em repouso.
- * Apresenta sobressalto ao menor ruído.
- * Chora e grita quando se toca.
- * Pobreza de movimentos.



SINAIS DE ALARME NO DESENVOLVIMENTO

6 MESES

- * Ausência de controlo da cabeça.
- * Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar.
- * Não olha nem pega em qualquer objeto.
- * Apresenta assimetrias.
- * Não reage aos sons.
- * Não vocaliza.
- * Tem desinteresse pelo ambiente.
- * Apresenta irritabilidade.
- * Tem estrabismo manifesto e constante

9 MESES

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



SINAIS DE ALARME NO DESENVOLVIMENTO

12 MESES

- Não aguenta o peso nas pernas.
- Permanece imóvel, não procura mudar de posição.
- Apresenta assimetrias.
- Não pega nos brinquedos ou fá-los só com uma mão.
- Não responde à voz.
- Não brinca nem estabelece contacto.
- Não mastiga

15 MESES

- Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas.
- Anda sempre na ponta dos pés.
- Apresenta assimetrias.
- Não faz pinça com o polegar e o indicador.
- Não responde quando o(a) chamam.
- Não vocaliza espontaneamente.
- Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto.
- Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca.
- Temestrabismo.



SINAIS DE ALARME NO DESENVOLVIMENTO

2 -3 ANOS

- Não anda sozinho(a).
- Deita os objetos fora.
- Não constrói nada.
- Não parece compreender o que se lhe diz.
- Não pronuncia palavras inteligíveis.
- Não se interessa pelo que está em seu redor.
- Não estabelece contacto.
- Não procura imitar.
- Temestrabismo.

5 ANOS

- É hiperactivo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração.
- Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez.
- Temestrabismo ou suspeita de défice visual.
- Apresenta perturbação do comportamento





É IMPORTANTE LEMBRAR QUE...

"os limites do normal são extraordinariamente amplos. Nem todas as crianças atingem, na mesma idade, o mesmo estágio de desenvolvimento para qualquer dos parâmetros considerados"

"a valorização de dados isolados, não permitem uma avaliação válida do desenvolvimento"

(Direção-Geral da Saúde, 2013, p. 58)

NO ENTANTO, A IDENTIFICAÇÃO DESTES SINAIS DE ALARME PODERÁ CONTRIBUIR PARA UMA ADEQUADA REFERENCIAÇÃO QUE PERMITIRÁ UMA INTERVENÇÃO PRECOCE NO CASO DE SE CONFIRMAR UMA PERTURBAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde infantil e juvenil: norma nº 010/2013, de 31/05/2013. Lisboa: DGS. Acedido a 13/04/2022. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Frankiin, Q. & Prows, C.A. (2014). Influências Genéticas e de Desenvolvimento na Promoção de Saúde da Criança. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D (Ed.). *Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica* (9ª Ed). Elsevier.
- Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (2018). Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet. Global health*, 6(10), e1100-e1121. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30309-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30309-7)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Micai, M., Fulceri, F., Caruso, A., Guzzetta, A., Gila, L., & Scattoni, M. L. (2020). Early behavioral markers for neurodevelopmental disorders in the first 3 years of life: An overview of systematic reviews. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 116, 183-201. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.027>
- Sharma, A., Cockerill, H. & Sanctuary, L. (2021). *Mary Sheridan's from birth to five years. Children's developmental progress (5rd Edition)*. Abingdon, Oxon: Routledge
- SNIPI-GAT. (2019). Relatório de Atividade - Avaliação do Funcionamento do SNIPI - 2018. Comissão de Coordenação do SNIPI
- Stiles, J. (2012). Crecimiento neural y poda sináptica. In: J. Oates, A. Karmiloff-Smith & M. H. Johnson, *El cerebro en desarrollo* (pp. 24-25). Open University



Apêndice II

Questionário de apreciação da sessão de formação em serviço “Sinais de alarme no desenvolvimento infantil”

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação em Serviço **"Sinais de Alarme no Desenvolvimento Infantil"**

Data: 28 Novembro 2022

Hora: 14:30

Apreciação Global

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; 4 - Concordo Totalmente.

	1	2	3	4
Os objetivos da formação foram cumpridos.				
Os conteúdos abordados foram pertinentes.				
O formador utilizou linguagem clara.				
O formador tinha os conhecimentos de base necessários.				
As instalações e meios audiovisuais foram adequados				

Balanço da Sessão

Aspetos positivos

Sugestões para futuras sessões

Muito obrigada pela sua participação!

Bruno Gomes

Apêndice VIII

Memorando dos sinais de alarme para detecção de alterações no
desenvolvimento infantil

Memorando dos sinais de alarme para deteção de alterações no desenvolvimento infantil

4 - 6 Semanas

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a).
- Apresenta hipertonidade na posição de pé.
- Nunca segue a face humana.
- Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana).
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

3 Meses

- Não fixa, nem segue objetos.
- Não sorri.
- Não há qualquer controlo da cabeça.
- Tem as mãos sempre fechadas.
- Tem os membros rígidos em repouso.
- Apresenta sobressalto ao menor ruído.
- Chora e grita quando se toca.
- Pobreza de movimentos.

6 Meses

- Ausência de controlo da cabeça.
- Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar.
- Não olha nem pega em qualquer objeto.
- Apresenta assimetrias.
- Não reage aos sons.
- Não vocaliza.
- Tem desinteresse pelo ambiente.
- Apresenta irritabilidade.
- Tem estrabismo manifesto e constante

9 Meses

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

Memorando dos sinais de alarme para deteção de alterações no desenvolvimento infantil

12 Meses

- Não aguenta o peso nas pernas.
- Permanece imóvel, não procura mudar de posição.
- Apresenta assimetrias.
- Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão.
- Não responde à voz.
- Não brinca nem estabelece contacto.
- Não mastiga

18 Meses

- Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas.
- Anda sempre na ponta dos pés.
- Apresenta assimetrias.
- Não faz pinça — não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador.
- Não responde quando o(a) chamam.
- Não vocaliza espontaneamente.
- Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto.
- Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca.
- Tem estrabismo.

2-3 Anos

- Não anda sozinho(a).
- Deita os objetos fora.
- Não constrói nada.
- Não parece compreender o que se lhe diz.
- Não pronuncia palavras inteligíveis.
- Não se interessa pelo que está em seu redor.
- Não estabelece contacto.
- Não procura imitar.
- Tem estrabismo.

5 Anos

- É hiperactivo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração.
- Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez.
- Tem estrabismo ou suspeita de défice visual.
- Apresenta perturbação do comportamento

Apêndice IX

Reflexão Crítica: “A Prematuridade e o seu impacto no processo de desenvolvimento”



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Ano Letivo 2022/2023 – 1º Semestre
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**A Prematuridade e o seu impacto no processo de
desenvolvimento**
Reflexão Crítica

Bruno Ricardo Ferreira dos Santos Gomes nº 11000

—

**Lisboa
janeiro 2023**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Enfermagem Saúde Infantil e
Pediatria**

Ano Letivo 2022/2023 – 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**A Prematuridade e o seu impacto no processo de
desenvolvimento**

Reflexão Crítica

Bruno Ricardo Ferreira dos Santos Gomes nº 11000



Docente Orientadora:

Profª Doutora Maria Isabel Dias da Costa Malheiro



**Lisboa
janeiro 2023**

SIGLAS

EFCNI - European Foundation for the Care of Newborn Infants

NBAS - Escala de Avaliação Comportamental Neonatal

NBO - Escala de Observação Comportamental Neonatal

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

UCIN – Unidade de Cuidados Infantis Neonatais

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. REFLEXÃO CRÍTICA.....	6
1.1. O que é a prematuridade e de que forma pode influenciar o futuro desenvolvimento da criança?	6
1.2. O que pode ser feito para minimizar o impacto da prematuridade no futuro desenvolvimento da criança internada na Unidade de Neonatologia?	11
1.3. Considerações finais	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, é desenvolvido um projeto de estágio, que abrange os diferentes contextos onde o mesmo ocorre, com a realização de atividades que contribuirão para o desenvolvimento de competências especializadas, enquadradas numa temática específica. Sendo o meu tema *"Detecção precoce de alterações de desenvolvimento na criança dos 0 aos 3 anos: o contributo do Enfermeiro Especialista"*, revelou-se imprescindível a análise e reflexão do impacto que a prematuridade poderá ter na criança, revelando-se um fator inibidor nas transições desenvolvimentais, à luz da teoria das transições de Afaf Meleis.

Nesse sentido, decidi elaborar esta reflexão crítica, procurando contributos para responder a dois dos objetivos específicos definidos no projeto de estágio para este contexto:

- Identificar fatores preditores de alterações de desenvolvimento
- Prestar cuidados promotores do desenvolvimento e da vinculação, centrados na criança

Ao identificar o modo como a prematuridade poderá interferir no processo de desenvolvimento da criança, bem como estratégias para minorar esse mesmo impacto, penso - através dos conhecimentos consolidados a partir desta reflexão crítica - conseguir também dar resposta ao segundo objetivo. Desta forma será possível não só otimizar o modo como presto cuidados, procurando fazê-lo sempre no âmbito da promoção do desenvolvimento e da vinculação da criança, mas também consolidar competências comuns de enfermeiro especialista, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados desenvolvidos na Unidade em que me encontro a realizar estágio, bem como para a aquisição de aprendizagens profissionais.

1. REFLEXÃO CRÍTICA

1.1. O que é a prematuridade e de que forma pode influenciar o futuro desenvolvimento da criança?

De acordo com Fisher (2019), considera-se recém-nascido de alto risco todos os neonatos que, independentemente da idade gestacional ou peso ao nascer, apresentem uma probabilidade majorada de morbidade ou mortalidade, relativa à média, geralmente devido a condições para além dos eventos normais relacionados com o nascimento e posterior adaptação à vida extrauterina. O período de alto risco começa no momento da viabilidade (ou seja, a idade gestacional em que a sobrevivência fora do útero é considerada possível – geralmente as 24 semanas) até 28 dias após o nascimento e inclui as ameaças à vida/saúde que ocorrem durante os períodos pré, peri e pós-natal. Ao contrário do que se considerava no passado, a evidência científica demonstra que os recém-nascidos entre as 34 e as 36 semanas – designados de prematuros tardios – apresentam os mesmos riscos de morbidade dos restantes prematuros: dificuldade respiratória, hipoglicemia, hiperbilirrubinémia, dificuldades de alimentação e alterações de neurodesenvolvimento. Leal et al. (2018) referenciam exatamente isso: *“os prematuros tardios (...) são um grupo muitas vezes esquecido mas não isento de riscos”* (p.580)

Para além desta classificação, e de acordo como a European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI, 2021), os prematuros, de acordo com a sua idade gestacional podem ser classificados como:

- Muito grande prematuro: com menos de 28 semanas de gestação;
- Grande prematuro: 28 a 32 semanas de gestação;
- Prematuro moderado: idade gestacional entre as 32 e as 34 semanas;

Para além da idade gestacional poderão ser classificados também pelo seu peso ao nascer:

- Prematuros de baixo peso – Todos os que apresentem um peso à nascença inferior a 2500gr, independentemente da idade gestacional;
- Prematuros de muito baixo peso – todos cujo peso ao nascimento seja inferior a 1500gr;
- Prematuros de extremo baixo peso – aqueles cujo peso ao nascer é inferior a 1000gr.

Atualmente, de acordo, com Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro (XXS, 2002) a classificação também é feita pela associação destes dois fatores:

Pré-termo limiar – com idade gestacional entre as 33 e as 36 semanas e/ou um peso ao nascer entre os 1500 gramas e os 2500 gramas;

Prematuro moderado – os que nascem entre as 28 e as 32 semanas e/ou um peso à nascença entre os 1000 gramas e os 1500 gramas;

Prematuro extremo ou grande prematuro – os nascidos antes das 28 semanas e/ou um peso ao nascimento inferior a 1000 gramas.

Quando pensamos no desenvolvimento infantil, a prematuridade é um fator de especial atenção, pois como afirmam Sacconi et al. (2017) *"impacta diretamente no ritmo e na qualidade das aquisições motoras e cognitivas da infância, principalmente no primeiro ano de vida"* (p.410). Os mesmos autores acrescentam que *"o desenvolvimento intrauterino incompleto e a imaturidade dos sistemas, aumentam a suscetibilidade ao aparecimento de complicações e sequelas físicas, neurológicas e cognitivas que podem ocasionar deficiências e/ou atrasos em seu desenvolvimento neuropsicomotor"* (p.413). Leal et al. (2018) reforçam esta ideia acrescentando que *"a imaturidade do aparelho respiratório, gastrointestinal, sistema imunitário e sistema nervoso central"* (p.578) são potenciadores da vulnerabilidade dos prematuros.

Tendo em conta estes pressupostos, a prematuridade ganha ainda mais destaque quando analisamos as estatísticas nacionais referentes a 2021 e confirmamos que cerca de 7,4% dos partos em Portugal foram pré-termo (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

Torna-se então necessário perceber o modo como a prematuridade pode potencialmente interferir no desenvolvimento. À imaturidade dos diversos sistemas nesta fase neonatal associam-se frequentemente certas situações clínicas patológicas, tais como síndrome de stress respiratório, displasia broncopulmonar, enterocolite necrotizante, sépsis, anemia, hemorragia intraventricular, hidrocefalia, meningite ou convulsões. Estas possíveis complicações associadas à prematuridade correlacionam-se com o grau de imaturidade, na proporção inversa demonstrada pelo aumento da morbilidade associada à diminuição da idade gestacional tal como referem Fisher (2019) e Leal et al. (2018). No entanto, e como afirma Fisher (2019), as alterações a nível de neurodesenvolvimento também ocorrem em bebés prematuros sem as complicações de hemorragia intraventricular, sépsis e hipoxemia, sendo que alguns bebés prematuros também não apresentam evidência de limitações

neurocomportamentais. Poderão também ser alterações tão subtis que se tornem de difícil identificação, pelo menos numa idade mais precoce, tal como referem Hass et al. (2022) quando afirmam que vários estudos já demonstraram que os bebês prematuros, mesmo na ausência de lesões cerebrais graves, tendem a mostrar atrasos ao longo do primeiro ano de vida, muitas vezes com diagnósticos tardios devido à subtileza das dificuldades apresentadas. Ideia suportada também por Meether et al. (2021) quando referem vários estudos que mostraram que aproximadamente 50% dos bebês muito prematuros desenvolverão défices a longo prazo que só poderão ser identificados mais tarde na infância. Esta percentagem foi confirmada pelo estudo desenvolvido pelos próprios autores que identifica 49% das crianças nascidas muito prematuros como tendo um diagnóstico na área do neurodesenvolvimento aos 4 anos de idade.

É, pois, impossível dissociar estes fatores clínicos da influência que poderão ter no desenvolvimento futuro da criança. Fisher (2019) enuncia um estudo, realizado em 11 centros dos Estados Unidos da América, que evidencia que a taxa de sobrevivência sem perturbações neurodesenvolvimentais, para bebês nascidos no limiar da viabilidade (22 a 24 semanas) aumentou entre 2000 e 2011. Contudo, e apesar destas melhorias, a incidência de morte, perturbação do neurodesenvolvimento e outras sequelas permanecem elevados nesta população. Rodrigues et al. (2022) referenciam os resultados de uma meta-análise realizada que identifica essa mesma realidade: grandes prematuros e muito grandes prematuros apresentam deficits intelectuais entre os 5 e os 20 anos de idade.

Mc Gowan et al. (2022) corroboram o impacto da prematuridade no desenvolvimento infantil, apresentando um estudo de coorte de 556 bebês nascidos antes das 30 semanas de gestação que revelou que bebês com complicações médicas variadas e perfis neurocomportamentais de alto risco no momento da alta da unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) tinham 4 vezes mais probabilidade de apresentar um atraso de desenvolvimento motor, quase 3 vezes mais a nível cognitivo, e 2 vezes mais propensão a apresentar alterações a nível do domínio comportamental aos 2 anos. Leal et al. (2018) identificam que *“a prevalência de patologias do neurodesenvolvimento associadas a tais lesões (hemorragias cerebrais) em bebês prematuros varia entre 20 a 25 por cento”*. Também a Organização Mundial de Saúde identifica esta correlação enunciando que (World Health Organization [WHO], 2022) os bebês prematuros e com baixo peso ao nascer têm um maior risco de perturbações de desenvolvimento, incluindo paralisia cerebral e retinopatia de

prematuridade, bem como de condições crônicas de início na idade adulta, tais como a doença cardiovascular.

Fisher (2019) defende também esta correlação apresentando vários estudos: uma maior incidência de paralisia cerebral, distúrbio de déficit de atenção/hiperatividade, défices visuais e motores, deficiências cognitivas leves a graves, perda de audição foram vários dos resultados identificados nesses estudos. Referenciando outro estudo, os mesmos autores identificam que os bebês prematuros moderados e tardios também apresentam atrasos de desenvolvimento em comparação com os seus pares nascidos de termo, atrasos esses mais frequentemente notados no domínio da língua. Apresentam ainda a evidência de necessidades educativas especiais, especialmente nas áreas de leitura e matemática, aos 8 anos de idade por parte de crianças nascidas com baixo peso. Acrescentam também o resultado de um estudo com 576 bebês prematuros que concluiu que, quando avaliados aos 8 e 18 anos de idade, 80% da coorte apresentava necessidades especiais de cuidados de saúde e aqueles com estas necessidades tinham notas médias mais baixas tanto em matemática como em línguas.

Mas será a imaturidade do bebê e o maior risco de alterações clínicas o único fator impactante na possibilidade aumentada de alterações de desenvolvimento? Para além da idade gestacional, Hass et al. (2022) identificam também a duração do internamento numa UCIN como um fator que poderá ter repercussões no desenvolvimento futuro da criança. Segundo estes autores, uma estadia mais longa na UCIN e uma idade gestacional mais baixa foram associadas com a menores pontuações nas avaliações a nível cognitivo e motor no primeiro ano de vida, enquanto o baixo peso à nascença foi associado ao desenvolvimento motor.

O tempo que as crianças passam na UCIN reflete a gravidade das suas morbilidades e um maior número de intervenções clínicas necessárias, muitas vezes associadas à menor idade gestacional e menor peso no nascimento. Com a sua estadia na Unidade, estes bebês experimentam privação de estímulos sensoriais essenciais para a maturação de sistemas, com interações limitadas e estadias longas em posições de baixa procura de controlo postural, comprometendo o desenvolvimento neural e, consequentemente, as capacidades cognitivas e motoras.

Pisoni et al. (2021) acrescentam ainda que a longa hospitalização na UCIN origina frequentemente uma separação precoce dos pais, o que dificulta o estabelecimento das ligações imediatas e vinculação. Para além disso, durante o seu internamento, as crianças

são sujeitas a diferentes fontes de stresse, tal como a iluminação, os estímulos auditivos intensos, procedimentos invasivos e estimulações dolorosas. Estes stressores estão todos associados ao aumento do risco de ocorrência de comorbilidades e alterações no desenvolvimento. Leal et al. (2018) concorda com esta ideia afirmando que *"o stress sensorial pode afetar o desenvolvimento neurológico e cognitivo do bebé a longo prazo. Os prematuros passam por cerca de 16 procedimentos dolorosos e mais de 200 manipulações por dia"* (p. 582). Esse fator é também referenciado por Rodrigues et al. (2022) que afirmam que, no caso das crianças prematuras, para além da própria prematuridade existem outros fatores de risco para o desenvolvimento infantil, tais como lesões neurológicas, doenças crónicas e experiências stressantes relacionadas com dor, vividas no contexto de internamento numa UCIN.

A longa hospitalização na UCIN poderá ainda, de acordo com Pisoni et al. (2021), repercutir-se na dificuldade sentida pelos pais de interpretar a comunicação dos seus filhos prematuros - os sinais neurocomportamentais e comunicativos são menos evidentes nesta fase. Para além disso, a separação precoce entre mãe e bebé e a necessidade constantes de intervenção por parte dos profissionais de enfermagem podem diminuir a confiança dos pais no seu papel parental e na sua capacidade para cuidar. Daí a importância dos cuidados pele-a-pele e todas as intervenções que promovam a proximidade entre pais e bebés, facilitando a vinculação, tão necessária como fator potenciador do desenvolvimento. Tal como afirma Fisher (2019), a probabilidade de um melhor desenvolvimento é potenciada quando estes recebem os melhores cuidados médicos e de enfermagem, estruturados numa filosofia de apoio ao desenvolvimento.

Meether et al. (2021) afirmam que os sinais de alterações a nível neurocomportamental começam cedo – segundo estes autores, os bebés prematuros podem demonstrar alterações em muitas destas áreas até mesmo antes da alta da UCIN - e podem ser detetados com avaliações padronizadas no período neonatal, não fazendo sentido que não sejam identificados até que a criança atinja a idade escolar. É importante referir que, no seu estudo, os autores identificaram que, embora uma criança pudesse apresentar alterações no processamento sensorial numa medida padrão, apenas 2% dos pais reportaram que o seu filho apresentava esse tipo de alterações.

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2007) identifica alguns sinais de alarme no desenvolvimento da criança prematura, que deverão ser avaliados e investigados, de modo a

identificar possíveis perturbações do neurodesenvolvimento. São eles: alterações do tônus, assimetria dos movimentos, alterações na visão e/ou audição, perturbações da linguagem, perturbação global do desenvolvimento e dificuldades escolares.

É pois possível – e desejável – que a deteção de qualquer alteração no desenvolvimento seja o mais precoce possível, de modo a otimizar uma intervenção também ela o mais precoce possível, majorando o potencial de desenvolvimento da criança.

1.2. O que pode ser feito para minimizar o impacto da prematuridade no futuro desenvolvimento da criança internada na Unidade de Neonatologia?

O planeamento de uma intervenção adequada a cada criança requer uma avaliação padronizada e estruturada. Aliás, essa avaliação é basilar para qualquer intervenção, pois como referem McGowan et al. (2022), as avaliações neurocomportamentais neonatais aumentam a capacidade de identificar os bebés com maior risco de atrasos e deficiências, para além das crianças com risco de condições médicas neonatais graves, e oferecem uma oportunidade única e precoce para iniciar terapias direcionadas. A monitorização do desenvolvimento dos bebés prematuros é inclusive recomendada como uma estratégia protetora para reduzir o impacto negativo do nascimento prematuro (Rodrigues et al., 2022).

Mas, quando falamos em avaliação de desenvolvimento de bebés prematuros, para além do uso de instrumentos validados e adequados à idade destas crianças, existe outro fator a ter sempre em conta: a idade corrigida. E o que é a idade corrigida? Leal et al. (2018) definem a idade corrigida como *“o tempo que o lactente teria se tivesse nascido de termo. É a idade cronológica, menos o número de semanas nascido antes das 40 semanas, também designada “idade ajustada”* (p.578).

E porquê a sua importância? Gould et al. (2021) explicam que os instrumentos de avaliação padronizados pela idade são concebidos para verificar se uma criança apresenta as capacidades expectáveis para a sua idade. Numa criança prematura, o uso da idade cronológica pode subestimar as verdadeiras capacidades da mesma, comparando-as com crianças mais velhas. Sacanni et al. (2017) já haviam defendido esta ideia afirmando que *“considerando especificamente a correção da idade para avaliação motora de prematuros, destaca-se que ela permite obter a expectativa real do crescimento e desenvolvimento, sem subestimar o prematuro ao confrontá-lo com os padrões de referência”* (p.414). As mesmas

autoras sublinham a importância da avaliação para o planeamento da intervenção e reiteram a importância da idade corrigida: *“estratégias de prevenção são possíveis somente quando a avaliação é feita de forma adequada e para isso, a idade corrigida deve ser considerada”* (p.410).

Quando é feita uma análise comparativa das diferenças nos resultados da avaliação de desenvolvimento, utilizando a idade cronológica e a corrigida, é referenciado pelas autoras uma diferença considerável no desempenho motor das crianças. Esta diferenciação é confirmada por Rodrigues et al. (2022) que refere que:

- Aos 12 meses de idade cronológica, muito grande prematuros apresentavam resultados inferiores nas Escalas de Desenvolvimento Infantil de Bayley, Terceira Edição (Bayley-III) nos domínios cognitivo, motor e da linguagem quando comparados com crianças de termo, existindo uma diferença de quase 10 pontos em todos os domínios;
- Aos 24 meses de idade cronológica, os prematuros moderados apresentavam resultados significativamente menores do que os seus pares de termo nos domínios cognitivo, motor (motricidade fina e grossa) e linguagem (recetiva e expressiva) nas escalas de Bayley-III. No entanto, quando a idade era corrigida, os resultados modificavam: não existiam diferenças significativas entre as crianças pré-termo e de termo em todos os domínios aos 2 anos de idade, à exceção da linguagem recetiva.

No entanto, mesmo existindo esta diferenciação, ela vai ficando mais ténue com o tempo, sendo que Gould et al. (2021) referenciam os 3 anos como a idade a partir da qual esta diferença parece diminuir. Este facto pode estar associado, segundo os autores, a duas situações: o desenvolvimento neurológico ocorre mais rapidamente entre o nascimento e os 3 anos de idade e, existem intervalos de tempo mais amplos para a avaliação de desenvolvimento a partir desta idade.

Por todas estas razões, encontra-se amplamente definida a utilização da idade corrigida para as avaliações do desenvolvimento global dos prematuros, adotando-se a mesma pelo menos até aos 18 meses (limiar mínimo defendido não só por Gould et al. (2017) como por muitos outros autores) mas idealmente até aos 3 anos, como referem Gould et al. (2017) e Leal et al. (2018). No entanto, a utilização da idade corrigida poderá ter ainda outra função: *“distinguir o atraso no desenvolvimento associado ao nascimento prematuro daquele causado por lesões do sistema nervoso central”* (Saccari et al., 2017, p. 414).

Mas, existindo tantas ferramentas disponíveis para a avaliação do desenvolvimento, qual escolher? E quando as utilizar? Meether et al. (2021) sublinham que alterações a nível

neurocomportamental podem ser detetadas antes da alta da UCIN, sendo que quando as identificadas na idade gestacional equivalente à de termo estão relacionadas com resultados de desenvolvimento mais pobres aos 4 anos.

Tendo em conta a especificidade das crianças que se encontram internadas, a Escala de Observação Comportamental Neonatal (ou Newborn Behavioral Observations [NBO]) revela-se um excelente instrumento. A NBO pode ser utilizada com bebés de uma idade gestacional de 35 semanas a três meses "pós-termo", bem como bebés clinicamente frágeis mas suficientemente estáveis para estarem perto de uma alta hospitalar ou que estejam em casa. Tanto a NBO como a Escala de Avaliação Comportamental Neonatal (NBAS, instrumento originalmente criado e mais extenso do que a NBO, composto por 28 itens em detrimento dos 18 da NBO) podem ser aplicadas em casa, no hospital ou noutro contexto clínico, como um centro infantil (Bartram et al, 2015). A relevância destes instrumentos é notória quando verificamos que são duas escalas atualmente recomendadas em duas orientações fundamentais na prática de cuidados primários no Reino Unido.

A NBO consiste em 18 observações neuro-comportamentais usadas para identificar as necessidades da criança e a sua singularidade. A observação pode demorar entre cinco minutos a uma hora, dependendo do comportamento do bebé, das necessidades dos pais, do objetivo do contacto entre o profissional e criança/família, e da natureza da relação entre o profissional e os pais. Permite contribuir para a sensibilização dos pais relativamente às necessidades da criança e ajudar os profissionais na promoção da vinculação positiva entre pais e filhos, contribuindo desta forma para o desenvolvimento do seu bebé. Esta escala é particularmente útil para pais com bebés prematuros, pois podem ser menos responsivos, mais rabugentos e com uma comunicação mais difícil de interpretar pelos pais. Todos estes fatores podem influenciar negativamente a relação pais-filhos, pela dificuldade parental na compreensão das respostas e das necessidades do bebé (Holland & Watkins, 2015).

Tal como explicitam Bartram et al. (2015), ao ajudar os pais a compreender que o comportamento é a comunicação das necessidades, contribui-se não só para a vinculação, mas também para a capacitação dos pais no apoio à autorregulação (e consequentemente desenvolvimento) da criança. A autorregulação (McManus & Nugent, 2011) pode ser descrita como a integração bem-sucedida de quatro subsistemas neurocomportamentais: autónomos (por exemplo, frequência cardíaca ou respiratória), motor (por exemplo, reflexos, padrões de movimento, reflexos), estado (por exemplo, a manutenção de sono

profundo ou alternância para o despertar ativo) e responsividade ou interação social - uma criança capaz de organizar, regular e modular os seus comportamentos demonstra potencial para lidar mais facilmente com o stress (Blanchard, 2011).

Ora, não reconhecendo o comportamento do bebé como comunicação, a resposta do cuidador poderá não ser a mais adequada para satisfazer as necessidades dos lactentes. Deste modo, a NBO é uma ferramenta com múltiplas vantagens: permite que os pais e profissionais de saúde realizem uma observação partilhada das crianças, bem como o desenvolvimento de estratégias de intervenção únicas e individualizadas.

Martins et al. (2018), na sua revisão *scoping*, identificaram que, através da utilização da NBO, os pais referem aumento do conhecimento do comportamento do bebé, sendo que pode ser usada em vários contextos, e por vários profissionais. Apresentam também evidência sobre o aumento da consciência das capacidades do bebé por parte dos pais, tendo melhorado a interação e promovido vínculo pais- filhos. Relativamente aos profissionais, estes referem, após formação, ter aprendido muito sobre o comportamento e desenvolvimento do recém-nascido, sendo que 91% referem ter aprendido muito sobre a interação com pais de bebés prematuros. É interessante perceber, nesta revisão *scoping*, que os profissionais referem que a utilização da NBO contribuiu para uma melhoria na competência de cuidados a recém-nascidos de alto risco. Para além disso, e analisando a duração da aplicação da escala na intervenção à criança e família, é importante analisar que 5 dos estudos apresentados na revisão referem-se a uma única utilização da escala na primeira semana de vida - isto demonstra que apenas uma intervenção com NBO já apresenta resultados significativos.

Considerando que o desenvolvimento da criança é composto por momentos de regressão e desorganização antes da aquisição de uma nova capacidade – ciclos esses identificados como *touchpoints* (Sparrow & Brazelton, 2006) – ganha especial relevância esta capacitação parental e este aumento de conhecimento sobre o seu próprio bebé.

Mas, como já referido anteriormente, existem ainda outros *stressores* que se torna necessário trabalhar, no sentido da promoção do desenvolvimento e na prevenção de alterações ao mesmo, aquando do internamento da criança prematura na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. O ambiente hostil, pelo excesso de estímulos, bem como os procedimentos clínicos necessários à manutenção da sua saúde, tornam a experiência de internamento perturbadora para o desenvolvimento da criança.

Podendo esta experiência ser diferente de unidade para unidade, foram definidas normas standardizadas de forma a harmonizar as infraestruturas, cuidados e procedimentos realizados ao recém-nascido, tendo sido criados os Standards Europeus de Cuidados de Saúde

ao Recém-Nascido pela EFCNI. Para a elaboração destes princípios, foram identificadas onze áreas chave, no qual se agregam as diferentes normas, que são periodicamente revistas e atualizadas. Embora todas sejam impactantes, existem duas que são particularmente afetadas ao tema do desenvolvimento da criança: “Cuidados centrados no desenvolvimento da criança e na família” e “Acompanhamento e continuidade dos cuidados”.

Relativamente ao primeiro, “Cuidados centrados no desenvolvimento da criança e na família”, é definido a necessidade de proporcionar o acesso da família à Unidade 24 horas por dia, 7 dias por semana, apoiando a participação dos pais enquanto cuidadores primários do seu bebé desde o início do internamento. Deverá ser elaborado um plano individual para cada criança, sempre com colaboração parental, para planeamento de procedimentos e exames necessários. No entanto, torna-se necessário que a própria equipa possua competência para este tipo de cuidados centrados no desenvolvimento, pelo que se torna imprescindível a formação da equipa nesta área. É importante também não esquecer a elaboração de estratégias que promovam o contato precoce entre pais e família, promovendo desta forma a vinculação entre a díade (EFCNI, 2018).

Abordando a área-chave do “Acompanhamento e continuidade dos cuidados”, é definido que deverá existir uma avaliação uniformizada do desenvolvimento neurológico e motor nos primeiros dois anos de vida, sendo repetida no momento da transição para a escola, devendo a mesma ser feita relativamente às perturbações comportamentais e de atenção. Também o desenvolvimento da comunicação, fala, linguagem e função cognitiva deve ser avaliado nestes dois momentos-chave: dois anos de idade e posteriormente na fase em que inicia a sua vida escolar. É definido ainda a necessidade de um rastreio auditivo estandardizado, utilizando a tecnologia automatizada de Potenciais Evocados Auditivos do Tronco Cerebral antes do primeiro mês de vida do bebé sendo que, o diagnóstico de qualquer alteração deverá estar realizado antes dos três meses, de forma a iniciar a intervenção precoces nos primeiros seis meses de vida (EFCNI, 2018).

Os *Standarts* Europeus definem ainda a necessidade de avaliação do progresso em termos de desenvolvimento e de aptidão escolar dos bebés muito prematuros ou com fatores de risco nos 6-12 meses antes do início da escolaridade, bem como da avaliação estruturada da visão entre os 3, 5 e os 4 anos de idade, que deve ser repetida entre os 5 e os 6 anos (EFCNI, 2018).

Também a Organização Mundial de Saúde define, nas suas recomendações para o cuidado do bebé prematuro ou nascido com baixo peso, (World Health Organization, 2022), a importância do cuidado centrado no desenvolvimento e vigilância do neurodesenvolvimento, tendo em conta o seu objetivo preventivo e promotor. Para além disso definem a importância da prevenção de complicações pelo efeito que tem no desenvolvimento

e documentam, nestas recomendações, a evidência sobre a importância que o envolvimento e o suporte familiar têm sobre o neurodesenvolvimento, sublinhando ainda os efeitos positivos da amamentação no desenvolvimento cognitivo.

Assim, filosofias de cuidado com o NIDCAP (The Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program) – demonstram-se como ferramentas por excelência para a gestão e implementação de um cuidado centrado na criança e na família, no qual se utilizam os comportamentos do bebê para avaliar o seu nível atual de adaptação ao ambiente e adaptar os cuidados que recebem para atender às suas necessidades individuais (Blanchard, 2011). A evidência científica demonstra os efeitos positivos deste tipo de cuidados para o desenvolvimento individualizados em recém-nascidos de alto risco. Um estudo sobre os cuidados de desenvolvimento dos bebês prematuros identifica redução da necessidade de ventilação mecânica ou de oxigênio suplementar; diminuição do tempo no hospital; melhoria do ganho de peso e diminuição do stress familiar (Fisher, 2019). Este período vulnerável de crescimento cerebral, diferenciação e organização é combinado com o desafio de desenvolver em condições ambientais que não são típicas para o feto e recém-nascido. Torna-se, pois, imprescindível otimizar o ambiente, de forma a ser o menos perturbador possível para o bebê, evitando desta forma os seus efeitos desorganizadores no desenvolvimento da criança.

Experiências sensoriais atípicas, seja por serem demasiado estimulantes ou privativas, podem interferir com o desenvolvimento neurológico do recém-nascido. A maturação da maioria dos sistemas sensoriais acontece numa fase pré-natal e são capazes de funcionar mesmo antes do nascimento (Fisher, 2019).

Para além da intensidade, muitas vezes o estímulo também é realizado de forma diferente para os diferentes sistemas sensoriais. Se analisarmos o ambiente do cuidado em Neonatologia, muitas vezes existem muitos estímulos a sistemas sensoriais de desenvolvimento posterior (auditivo e visual), subestimulando-se os anteriores (táctil, vestibular, gustativo, olfativo). Neste sentido, a enfermeira deverá considerar quatro fatores no momento de organização dos seus cuidados: (1) tempo de estimulação tendo em conta a fase atual de desenvolvimento da criança, (2) quantidade de estimulação fornecida ou negada, (3) tipo de estimulação e (4) a resposta da criança à estimulação (Fisher, 2019).

O toque é o primeiro sistema sensorial a ser desenvolvido e revela-se a base para uma comunicação entre o bebê e quem o cuida. O método canguru, por exemplo, para além de ser promotor do próprio desenvolvimento da criança, é também potenciador da vinculação e ligação entre pais e filhos. Pensando no cuidado hospitalar, as técnicas de posicionamento e manuseamento promovem o conforto e minimizam o stress, sendo que o contacto físico

deverá ser feito de forma suave, colocando a mão sobre o corpo da criança, sinalizando o começo do cuidado. De qualquer modo, e refletindo sobre a estimulação sensorial, é imprescindível não esquecer que a melhor altura para cuidar é quando uma criança está acordada (Fisher, 2019).

Por sua vez, o sistema auditivo apresenta maturação a partir das 22/24 semanas de gestação. São notórias as respostas físicas e comportamentais dos bebês prematuros ao ruído súbito e alto da UCIN, sendo que embora exista um aumento do risco de atrasos da linguagem em bebês nascidos prematuramente, a evidência científica demonstra que a manutenção de níveis de som recomendados se correlaciona com menos dificuldades de fala e linguagem. No que respeita à visão, importa lembrar que este sentido ainda se encontra em maturação, quando nos referimos aos recém-nascidos prematuros, pelo que se deverão minimizar os estímulos visuais da UCIN, tal como a iluminação, e procurar privilegiar estimular todos os outros sentidos que desenvolvem previamente (Fisher, 2019).

No entanto, e como já referido, não podemos falar de cuidados centrados no desenvolvimento sem considerarmos o envolvimento dos pais, durante o internamento, procurando sempre a capacitação do seu papel parental enquanto promotores do desenvolvimento do recém-nascido. Leal et al. (2019) afirmam que *“muitos pais não sabem qual a melhor forma de estimular o desenvolvimento dos seus filhos”* (p. 587). Neste sentido, é imperativo promover o conhecimento parental sobre o desenvolvimento psicomotor do recém-nascido, através da compreensão dos sinais comportamentais com que a criança comunica, o que lhes permitirá posteriormente apresentar respostas mais adequadas. Pisoni et al. (2021) referenciam um estudo de meta-análise que identifica que intervenções parentais precoces na UCIN apresentam resultados positivos no desenvolvimento psicomotor de bebês prematuros, principalmente entre os 24 e 36 meses.

Para além disso, também Hass et al. (2022) enunciam que os resultados do seu estudo sugerem que o efeito de factores como as estadias hospitalares prolongadas ou os resultados clínicos adversos graves, parecem ser atenuados pelo conhecimento parental. Estes pais, mais capacitados, modelam comportamentos, interagem mais frequentemente na conversa e orientação, e proporcionam às crianças maiores oportunidades a nível social.

Se recordarmos a influência que o ambiente tem no desenvolvimento infantil, é fácil perceber a relevância deste fator nas crianças com risco de alterações de desenvolvimento, como é o caso da criança nascida prematuramente. Nesse sentido, a capacitação parental deverá passar também pela consciencialização da importância da adaptação do ambiente familiar da criança bem como da qualidade e diversidade de experiências e oportunidades de

desenvolvimento ao longo da infância, de forma a potenciar as capacidades e competências da criança.

1.3. Considerações finais

É evidente a vasta intervenção que pode ser desenvolvida no sentido de minimizar o impacto da prematuridade e da hospitalização no desenvolvimento da criança prematura. Esta filosofia de cuidado, aliada a todas as adaptações ambientais, reduzem o efeito destes fatores inibidores do desenvolvimento, com efeitos francamente positivos. Isto é corroborado Rodrigues et al. (2022) associam os resultados positivos do seu estudo (ou seja, a pouca diferenciação nos resultados das avaliações realizadas aos 12 meses e sobre diferentes domínios em crianças nascidas de termo e crianças prematuras) aos diferentes protocolos da Unidade onde realizaram o estudo: protocolos de avaliação e gestão de cuidados de desenvolvimento, bem como de avaliação da dor e gestão da dor na UCIN, assim como o programa de acompanhamento após a alta. Correlacionam o efeito protetor e promotor destas medidas na diminuição do impacto dos fatores negativos associados à prematuridade e internamento numa UCIN.

Esta é também a perspetiva da Unidade em que me encontro a desenvolver estágio. Com uma equipa bastante consciente dos potenciais efeitos negativos da hospitalização e da prematuridade sobre o desenvolvimento, existe inclusive na Unidade um grupo de trabalho que visa procurar evidência e produzir estratégias para a promoção do desenvolvimento. No âmbito do trabalho desenvolvido por este grupo, são já criados, por exemplo, Programas Individuais de Desenvolvimento, que visam definir de uma forma concreta não só os objetivos a ser atingidos, mas também as estratégias e intervenções a serem implementadas, bem como a sua temporização.

Para além disso, foi criado também um Projeto de Preparação e Acompanhamento da alta do recém-nascido de risco, no qual é realizado um contacto de *follow-up* nas 48h após a mesma, permitindo identificar necessidades da família. Para além desta intervenção, são desenvolvidas outras com os objetivos de educação para a saúde e acompanhamento da família – destaca-se o envio de um documento nos dias que antecedem o regresso ao ambiente familiar, ao qual foi dado o nome de livro de alta. Esta ferramenta visa organizar toda a informação necessária aos pais para a adaptação à nova realidade de ter uma criança prematura/com necessidades especiais em casa.

É ainda realizada a referenciação dos casos das crianças com alto risco de alterações de desenvolvimento (independentemente do motivo) ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPi), para que estas crianças e famílias possam continuar a ter apoio diferenciado para as suas necessidades. Através deste Sistema são acompanhadas por equipas multidisciplinares nos locais de residência, que manterão a vigilância preconizada, mas também a intervenção necessária – muitas vezes até iniciar a vida escolar.

Também a gestão e organização dos cuidados prestados na Unidade é realizada tendo em vista a otimização do ambiente e dos cuidados, de forma a serem o mais atraumáticos possível, minimizando os estímulos negativos para o recém-nascido. Permitindo a presença dos pais, sem limitação, contribuem para a promoção da vinculação precoce dos pais e da criança, dando resposta também a muitos dos *Standarts* Europeus.

Poderá, no entanto, fazer sentido a adoção de uma ferramenta padronizada como a NBO para a avaliação de desenvolvimento (e deteção de possíveis desvios). Pelo já referido, esta é uma ferramenta que, para além de permitir a avaliação da criança e das suas necessidades, fá-lo de forma individualizada, reconhecendo também as suas capacidades e envolvendo os pais nesse mesmo momento, centrando-os também a eles como ferramenta no desenvolvimento dos seus filhos. Embora o custo financeiro da formação de elementos para a sua aplicação possa ser um fator inibidor para a sua aplicação, deverá ser alvo de reflexão os ganhos em saúde provenientes da utilização de uma ferramenta deste tipo – ou similar – nos cuidados promotores de desenvolvimento, enriquecendo e consolidando assim tudo o que já é realizado pela equipa nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro. (2002.). *O que é um bebê prematuro?*. <https://www.xxs-prematureros.com/>
- Bartram, S.C., Barlow, J. & Wolke, D. (2015). The Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) and Newborn Behavioral Observations system(NBO) for supporting caregivers and improving outcomes in caregivers and their infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 6*, Art. No.: CD011754. DOI: [10.1002/14651858.CD011754](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011754)
- Blanchard, Y. (2011). Getting to Know You: Key Clinical Concepts in Relationship-Based Interventions and Neurobehavioral Observations with Young Infants. *All PTHMS Faculty Publications*, 20. https://digitalcommons.sacredheart.edu/pthms_fac/20
- European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2018). *European Standards of Care for Newborn Health: Project report*. https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2021/08/2018_11_16_ESCNH_Report_final.pdf
- European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2021). *Key Facts Preterm birth*. <https://www.efcni.org/health-topics/key-facts-preterm-birth/>
- Fisher, K. (2019). The High-Risk Newborn and Family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson & C.C. Rogers (Eds.). *Wong's Nursing Care of Infants and Children, 11th Ed.* (pp. 270-337). Elsevier
- Gould, J.F., Fuss, B.G., Roberts, R.M., Collins, C.T. & Makrides, M. (2021). Consequences of using chronological age versus corrected age when testing cognitive and motor development in infancy and intelligence quotient at school age for children born preterm. *PLoS ONE* 16(9): e0256824. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256824>
- Hass, J. V., Panceri, C., Procianoy, R. S., Silveira, R. C., & Valentini, N. C. (2022). Risk Factors for cognitive, motor and language development of preterm children in the first year of life. *Revista paulista de pediatria : orgao oficial da Sociedade de Pediatria de Sao Paulo*, 41, e2021165. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021165>
- Holland, A., & Watkins, D. (2015). Flying Start health visitors' views of implementing the Newborn Behavioural Observation: barriers and facilitating factors. *Community practitioner : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 88(6), 33-36.
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013), Sexo, Idade da mãe e Duração da gravidez da mãe; Anual*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008084&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2
- Leal, A. P., Leitão, A., Almeida, C. & Leitão, M. (2018). Desafios da Prematuridade. In N.L. Antunes (Coord.). *Sentidos* (pp 577-590). Lua de Papel

- Martins, P. A. C., Malheiro, M. I. D. C. & Sousa, M. O. C. L. (2018). A Intervenção Com a Newborn Behavioral Observations (Nbo) No Recém-Nascido, Lactente E Sua Família: A Scoping Review. *Pensar Enfermagem*, 22(2), 23-44. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=138598438&site=ehost-live&scope=site>
- McGowan, E. C., Hofheimer, J. A., O'Shea, T. M., Kilbride, H., Carter, B. S., Check, J., Helderman, J., Neal, C. R., Pastyrnak, S., Smith, L. M., Camerota, M., Dansereau, L. M., Della Grotta, S. A., & Lester, B. M. (2022). Analysis of Neonatal Neurobehavior and Developmental Outcomes Among Preterm Infants. *JAMA network open*, 5(7), e2222249. [10.1001/jamanetworkopen.2022.22249](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.22249)
- McManus, B. M. & Nugent, J. K. (2011). Feasibility study of early intervention provider confidence following a neurobehavioural intervention for high-risk newborns. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29:4, 395-403. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2011.623228>
- Meether, M., Bush, C.N., Richter, M. & Pineda, R. (2021). Neurobehaviour of very preterm infants at term equivalent age is related to early childhood outcomes. *Acta Paediatr.*, 110, 1181- 1188. DOI: [10.1111/apa.15595](https://doi.org/10.1111/apa.15595)
- Pisoni, C, Provenzi, L., Moncecchi, M., Caporali, C., Naboni, C., Stronati, M., Montiroso, R., Borgatti, R. & Orcesi, S. (2021). Early parenting intervention promotes 24-month psychomotor development in preterm children. *Acta Paediatr.*, 110, 101- 108. <https://doi.org/10.1111/apa.15345>
- Rodrigues, J.C.L., Gaspardo, C. M. & Linhares, M.B.M. (2022). Development of neonatal high-risk preterm infants in comparison to full-term counterparts. *Applied Neuropsychology: Child*, 11:4, 840-849. DOI: [10.1080/21622965.2021.1988601](https://doi.org/10.1080/21622965.2021.1988601)
- Saccani, R., Zanella, D.E., Notari, V.S., Valentini, N.C. (2017). Importância da correção da idade gestacional na avaliação motora de prematuros no primeiro ano de vida. *Fisioterapia Brasil*, 18(4), 409-416. <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/1200/pdf>
- Sparrow, J. & Brazelton, T.B. (2006). A Developmental Approach to the Prevention of Common Behavioral Problems. In: T.K. McInerney, H.M. Adam, D. Campbell, D.K. Kamat & K.J. Kelleher, (Eds). *American Academy of Pediatrics Textbook of Pediatric Primary Care 5th*. American Academy of Pediatrics.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2007). *Manual para pais de bebés prematuros - Manual completo*. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. <http://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations for care of the preterm or low birth weight infant*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>

Apêndice X

Instrumento para identificação de necessidades formativas dos enfermeiros no âmbito da avaliação de desenvolvimento infantil



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Instrumento para identificação de necessidades
formativa dos enfermeiros no âmbito da avaliação de
desenvolvimento infantil**

Bruno Ricardo Ferreira dos Santos Gomes, nº 11000

—

**Lisboa
janeiro 2023**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Instrumento para identificação de necessidades
formativa dos enfermeiros no âmbito da avaliação de
desenvolvimento infantil**

Bruno Ricardo Ferreira dos Santos Gomes, nº 11000



Docente Orientador: Profª Doutora Maria Isabel Dias da Costa Malheiro



**Lisboa
janeiro 2023**

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	4
1. POPULAÇÃO ALVO	6
2. OBJETIVOS	6
3. NORMAS DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	6
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	7

APÊNDICES

Apêndice I: Questionário de identificação de necessidades formativas dos enfermeiros
no âmbito da avaliação do desenvolvimento da criança

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Unidade Curricular Estágio com Relatório, foi identificada, no contexto de internamento de Pediatria, a necessidade de realizar um diagnóstico das necessidades formativas dos profissionais sobre a avaliação de desenvolvimento infantil e identificação de sinais de alarme.

Reichert, Almeida, Souza, Silva & Collet (2012) identificam no seu estudo, conduzido com um grupo de enfermeiras em contexto de cuidados de saúde primários, a dificuldade das mesmas acerca desta temática na realização de consultas de vigilância infantil. Esta ideia é igualmente corroborada por Reichert, Nóbrega, Damasceno, Collet, Eickmann & Lima (2015) e por Pereira Neto, Nunes, Andrade, Vieira, Reichert & Santos (2021), que, 4 e 9 anos depois, respetivamente, voltam a identificar uma grande dificuldade dos enfermeiros na vigilância de desenvolvimento infantil como uma realidade na sua prática, o que acaba por condicionar a qualidade da vigilância e deteção precoce de desvios. A partir do seu estudo, Pereira Neto et al (2021) evidenciam a necessidade de capacitar os enfermeiros para a vigilância do desenvolvimento infantil, sendo que se torna fundamental empoderar os enfermeiros através de formação direcionada a esta área dos cuidados. Também Reichert et al (2012) identificaram a formação como estratégia eficaz para o aprofundamento destes conhecimentos, sendo fulcral que esta ocorra a partir da consciencialização dessa necessidade por parte dos profissionais, devendo a mesma ocorrer no ambiente profissional.

Esta formação torna-se então essencial para a capacitação dos enfermeiros nesta área. Os efeitos desta capacitação são evidentes no estudo de Reichert et al (2015), que identificam transformações na ação das enfermeiras após a mesma, com uma prática mais consolidada no âmbito da vigilância de desenvolvimento, mas também com uma mudança a nível do modo como analisam a situação de saúde da criança na consulta de saúde infantil, incorporando esta dimensão de forma consciente nas suas práticas, refletindo sobre as mesmas à luz do seu efeito na vigilância do desenvolvimento infantil, com a respetiva identificação de desvios e consequente referenciação e encaminhamento. Este empoderamento é também identificado por Ramu, Govidan, Jacob & Palaniappan (2020) que defendem na sua revisão narrativa integrativa, que, embora pareçam existir limitações na formação base acerca do desenvolvimento infantil e respetiva vigilância, existe evidência de que a formação neste âmbito, bem como na deteção precoce de alterações de desenvolvimento, se traduz em mudanças no conhecimento e consequentemente na prática. Acrescentam ainda que a maioria dos estudos analisados demonstram a vontade dos enfermeiros em participar em formação adicional e continua nesta área.

Assim, Choo, Yeleswarapu, How & Agarwal (2019) afirmam que o conhecimento dos marcos de desenvolvimento é essencial para que o profissional de saúde possa providenciar cuidados antecipatórios e promotores do desenvolvimento. Nesse sentido, e com o objetivo de realizar o diagnóstico das necessidades formativas nesta área, foi realizada a adaptação para a realidade portuguesa de um instrumento já formulado e aplicado na área da Vigilância do Neurodesenvolvimento por Reichert em 2011. Este instrumento procura identificar as necessidades de formação na área da vigilância do desenvolvimento infantil e é constituído por *“questões com múltipla escolha sobre os marcos de desenvolvimento das áreas motora, linguagem, pessoal-social e cognitiva e sobre os principais fatores de risco para o atraso do desenvolvimento”* (Reichert, 2011, p. 58).

1. POPULAÇÃO ALVO

O questionário será aplicado aos enfermeiros de um serviço de internamento em Pediatria.

2. OBJETIVOS

Este instrumento tem como objetivo identificar as necessidades formativas de uma equipa de enfermagem no âmbito da avaliação de desenvolvimento.

3. NORMAS DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

Este questionário estará disponível para preenchimento por parte dos elementos da equipa no período entre 31 de Janeiro e 5 de Fevereiro de 2023 sendo preenchido e recolhido de forma totalmente confidencial e anónima. O tratamento dos dados será realizado posteriormente com recurso ao software *SPSS*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Choo, Y. Y., Yeleswarapu, S. P., How, C. H., & Agarwal, P. (2019). Developmental assessment: practice tips for primary care physicians. *Singapore medical journal*, 60(2), 57–62. <https://doi.org/10.11622/smedj.2019016>

Pereira Neto, G. G., Nunes, W. de B., Andrade, L. D. F. de, Vieira, D. de S., Reichert, A. P. da S., & Santos, N. C. C. de B. (2021). Child developmental monitoring: implementation through the family health strategy nurse / Vigilância do desenvolvimento infantil: implementação pelo enfermeiro da estratégia saúde da família. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 12, 1309–1315. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9885>

Ramu R, Govindan R, Jacob P, Palaniappan M (2020) Gap in Nurses' Knowledge and Screening Practice in Identifying Children with Developmental Delay. *J Comm Pub Health Nursing* 6: 254. DOI: [10.4172/2471-9846.1000254](https://doi.org/10.4172/2471-9846.1000254)

Reichert, A. P. da S. (2011). *Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes na estratégia de saúde da família* (Tese de Doutorado). Disponível em (<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9179>)

Reichert, A. P. da S., Almeida, A. B. de, Souza, L. C. de, Silva, M. E. de A., & Collet, N. (2012). Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Rev Rene*, 13(1). <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3780>

Reichert, A. P. da S., Nóbrega, V. M., Damasceno, S. S., Collet, N., Eickmann, S. H., & Lima, M. C. (2015). Vigilância do desenvolvimento infantil: práticas de enfermeiras após capacitação. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 17(1), 117–23. <https://doi.org/10.5216/ree.v17i1.27722>

APÊNDICES

Apêndice I

Questionário de identificação de necessidades formativas dos enfermeiros no âmbito
da avaliação do desenvolvimento da criança

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS DOS ENFERMEIROS NO ÂMBITO DA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

(Adaptado a partir do instrumento AVCDENF (Reichert, 2011))

Apresentação

O meu nome é Bruno Ricardo Gomes e frequento o Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A realização deste questionário para diagnóstico de necessidades formativas dos enfermeiros no âmbito da avaliação do desenvolvimento da criança está integrada na temática do projeto de estágio a desenvolver ao longo dos diferentes contextos clínicos, que se intitula de "Deteção precoce de alterações de desenvolvimento na criança dos 0 aos 3 anos: o contributo do Enfermeiro Especialista". Após várias experiências formativas em diferentes contextos, encontro-me neste momento a realizar estágio na vossa Unidade, e procurando responder ao objetivo de identificar as necessidades formativas dos enfermeiros nesta área, agradeço a vossa colaboração e disponibilidade para o preenchimento deste instrumento.

O preenchimento deste questionário é anónimo, respeitando e garantindo a confidencialidade.

Mais uma vez, grato pela disponibilidade e colaboração.

IDENTIFICAÇÃO

1. Idade? _____ anos
2. Quantos anos de experiência profissional? _____ anos
3. Habilitações literárias? ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento
4. Tempo de serviço em Pediatria/saúde Infantil? _____ anos
5. Tempo de serviço no atual local de trabalho? _____ anos

QUESTÕES

Assinale a resposta que considera correta.

1. O desenvolvimento da criança ocorre de forma:

- a) Céfalo-caudal, próximo-distal, bilateral e sequencial
- b) Do mais simples para o complexo, do geral para o específico
- c) Descontínua
- d) todas as anteriores

2. No que respeita ao desenvolvimento Infantil, identifique a afirmação correta:

- a) A estimulação das habilidades motoras, socio-afetiva, cognitivas e de linguagem promove o desenvolvimento
- b) É necessário estimular as habilidades adquiridas para que não ocorra redução ou perda da função
- c) A capacidade de desempenho de uma tarefa depende da maturação neurológica e do desenvolvimento músculo-esquelético
- d) todas as anteriores

3. São princípios a considerar na avaliação de desenvolvimento da criança:

- a) A criança deve ser envolvida em atividades lúdicas
- b) A criança deve estar concentrada sem distrações
- c) para não influenciar o resultado não devemos explicar ao pais o objetivo do teste
- d) Todas as anteriores

4. Os instrumentos de avaliação de desenvolvimento Infantil:

- a) Estão desatualizados e de pouca utilidade clínica
- b) Permitem a deteção precoce de alteração do desenvolvimento
- c) Não necessitam de ser utilizados pelos profissionais com experiência em Saúde Infantil
- d) São difíceis de utilizar em crianças pequenas

5. No momento da avaliação de desenvolvimento devemos valorizar a informação que se obtém por:

- a) Apreciação
- b) Educadores/Escola
- c) Pais e familiares próximos
- d) Todas as anteriores

6. A Maria tem três meses. Durante a consulta, o profissional observou que a criança não olhava para a mãe enquanto mamava e não seguiu com o olhar um objeto colocado cerca de 30 cm de seus olhos. Assinale a alternativa correta:

- a) A Maria apresenta uma reação normal para a sua idade, pois as crianças só começam a ver a partir dos 3 meses
- b) A Maria apresenta um possível atraso no seu desenvolvimento devendo ser realizada uma nova avaliação mais objetiva e estruturada
- c) A Maria tem alterações na visão e precisa ser referenciada para o oftalmologista
- d) Os sinais que a Maria apresenta permitem o diagnóstico de uma perturbação do espectro do autismo, razão pela qual não comunica com as pessoas e o meio ambiente

7. Em que faixa etária a maioria das crianças se senta sem apoio?

- a) 3 a 6 meses.
- b) 6 a 9 meses
- c) 9 a 12 meses
- d) 12 a 15 meses

8. Quanto à audição da criança, podemos dizer:

- a) Está presente já na gestação, sendo fundamental conversar com a criança para estimular o desenvolvimento da linguagem.
- b) Está presente já na gestação, porém a capacidade de localização do som só vai surgir após os 12 meses de idade.

- c) Começa a desenvolver-se após o 3º mês de vida extrauterina, porém a capacidade de localização do som só vai surgir após os 6 meses de idade.
- d) Começa a desenvolver-se após o 3º mês de vida extrauterina, porém a capacidade de localização do som só vai surgir após os 12 meses de idade.

9. Em relação à linguagem, assinale a alternativa correta:

- a) A criança aos 24 meses forma frases simples (com duas palavras)
- b) A criança aos 15 meses não fala, mas comunica por gestos.
- c) A criança de 9 meses fala pelo menos duas palavras sequenciais.
- d) Só aos 4 meses a criança sorri emitindo sons.

10. A mãe da Matilde está preocupada porque a filha 12 meses e ainda não gatinha.

- a) Aos 12 meses não é obrigatório gatinhar, mas sim mover-se no ambiente de qualquer forma (por exemplo arrastando das nádegas pelo chão, de gatas, com apoio das mãos e pés);
- b) A Matilde já devia gatinhar a partir dos 6 meses;
- c) É normal que aos 12 meses a Matilde ainda não aguente o peso nas pernas;
- d) A Matilde já devia andar sozinha, deve ser encaminhada para uma consulta de desenvolvimento;

11. Assinale a alternativa incorreta:

- a) Aos 4 meses a criança é capaz de pegar objetos colocados em sua mão.
- b) Aos 6 meses a criança é capaz de agarrar um objeto colocado à sua frente, voluntariamente.
- c) Aos 9 meses a criança reconhece o rosto dos familiares e reage perante estranhos.
- d) Aos 12 meses a criança anda e sobe escadas com passos alternados.

12. De entre os fatores de risco relacionados, qual deles está associado a alterações do desenvolvimento infantil na criança:

- a) Anóxia neonatal
- b) Infecções congénitas
- c) Baixo peso ao nascer
- d) Todas as anteriores

12. O Paulo tem 12 meses, gatinha e anda com apoio; consegue apanhar objetos, reconhece a mãe, no entanto não emite som nenhum. Assinale a alternativa correta:

- a) O Paulo tem um possível atraso no desenvolvimento, pois não anda e não fala.
- b) O Paulo tem um desenvolvimento normal para sua idade.
- c) O Paulo tem um atraso na aquisição da linguagem, sendo necessária investigação da sua acuidade auditiva.
- d) O Paulo tem um atraso na aquisição da linguagem, provavelmente devido à falta de estimulação dos seus familiares.

13. Assinale a alternativa correta:

- a) Aos 12 meses a criança consegue entregar um objeto à outra pessoa quando solicitado.
- b) Aos 12 meses a criança chuta a bola com um pé.
- c) Aos 18 meses a criança é capaz de abotoar e desabotoar sua roupa e comer sozinha sem entornar.
- d) Aos 24 meses a criança colabora durante o exame para avaliação da acuidade auditiva e visual, sendo este o melhor momento para a sua realização.

14. Na avaliação do desenvolvimento da criança, o desaparecimento dos reflexos primitivos é um item de grande importância a ser considerado. Assinale a alternativa que apresenta corretamente a cronologia mais frequentemente esperada para o desaparecimento de alguns desses reflexos:

- a) Moro: 3 a 4 meses
- b) Babinski: 1 a 2 meses

- c) Preensão palmar: 10 a 12 meses
- d) Reflexo de apoio plantar (marcha reflexa): 6 a 8 meses

15. Ofereci uma bola ao João. Ele pegou nela e transferiu-a de uma mão para a outra e posteriormente levou-a à boca. Assinale a alternativa correta:

- a) O João é um bebê de 3 meses com um normal desenvolvimento psico-motor;
- b) O João tem 9 meses e gosta de levar tudo à boca. Faz pinça e atira os objetos ao chão deliberadamente;
- c) O João tem de ter mais de 12 meses para transferir objetos de uma mão para a outra;
- d) Se o João tivesse 6 meses não conseguia agarrar na bola;

16. Relativamente ao desenvolvimento da criança, assinale a alternativa correta:

- a) A criança é reconhecida como ser ativo capaz de reagir ao meio e às pessoas desde o nascimento.
- b) A criança é reconhecida como ser ativo, sendo que o ambiente somente deverá exercer um papel importante após a socialização.
- c) A criança é um ser passivo, dependente de outros seres humanos por longo período da vida, sendo o seu desenvolvimento resultante da sua vivência sociocultural.
- d) A criança é um ser passivo, sendo o adulto, em especial, a mãe o mediador da criança com o meio.

17. No que se refere ao desenvolvimento motor da criança, assinale a alternativa correta:

- a) A intensidade e simetria dos reflexos primitivos expressam a integridade de plexos nervosos, porém são pouco úteis para a avaliação da integridade do SNC.
- b) No final do primeiro ano de vida, há um nítido predomínio do padrão extensor sobre o flexor.

- c) O controle muscular na criança é um processo progressivo, iniciando-se pela musculatura dos membros, tronco e, finalmente, cervical.
- d) Ao nascimento, a criança apresenta nítido predomínio na flexão dos membros e hipotonia cervical.

18. Sobre visão e motricidade fina. Assinale a alínea correta:

- a) Aos 4 anos, uma criança ainda não é capaz de desenhar a figura humana com cabeça, tronco e membros.
- b) Com 2 anos, podemos pedir a uma criança para desenhar uma cruz.
- c) É expectável que aos 5 anos uma criança saiba nomear quatro cores básicas.
- d) Aos 2 anos, uma criança não consegue virar uma página de cada vez.

19. A Ana tem dois anos e está a brincar no quarto.

- a) A Ana está sozinha enquanto brinca ao faz de conta mesmo que com uma linguagem incompreensível;
- b) A Ana sabe dizer o nome completo se lhe for perguntado;
- c) A Ana ainda não tem idade para lhe contarem uma história e fazer um puzzle;
- d) Não é expectável que a Ana saiba brincar sozinha nesta idade;

Apêndice XI

Plano de Sessão de Formação em Serviço realizada no contexto de
Serviço de Internamento de Pediatria: “Sinais de alarme no
desenvolvimento infantil”



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Planeamento da sessão de formação em serviço:
Sinais de alarme no desenvolvimento infantil

Bruno Ricardo Ferreira dos Santos Gomes, nº 11000

—

**Lisboa
fevereiro 2023**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Planeamento da sessão de formação em serviço:

Sinais de alarme no desenvolvimento infantil

Bruno Ricardo Ferreira dos Santos Gomes, nº 11000

Enf.^a Orientadora: Enf.^a Elsa Neves

Prof. Orientador: Prof.^a Doutora Maria Isabel Dias da Costa Malheiro

**Lisboa
fevereiro 2023**

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	6
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	7
3. POPULAÇÃO ALVO	9
4. OBJETIVOS.....	9
5. SELEÇÃO DE CONTEÚDOS	9
6. ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE.....	10
6.1. Plano da atividade.....	11
7. AVALIAÇÃO	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15

APÊNDICES

Apêndice I: Apresentação diapositivos da sessão de formação em serviço “Sinais de alarme no desenvolvimento infantil”

Apêndice II: Questionário de apreciação da sessão de formação em serviço “sinais de alarme no desenvolvimento infantil”

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Plano da atividade.....	11
Quadro 2 – Aspetos positivos da sessão	14

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Respostas à questão: “Os objetivos da formação foram cumpridos”	12
Figura 2: Respostas à questão “Os conteúdos abordados foram pertinentes”	12
Figura 3: Respostas à questão “O formador utilizou linguagem clara”	13
Figura 4: Respostas à questão “O formador tinha os conhecimentos de base necessários”	13
Figura 5: Respostas à questão “As instalações e meios audiovisuais foram adequados”	13

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Unidade Curricular Estágio com Relatório, no contexto de Internamento num Serviço de Pediatria, foi identificada a necessidade da realização de uma sessão de formação em serviço para os enfermeiros do serviço, sob o tema “Sinais de Alarme no Desenvolvimento Infantil”. Esta sessão encontra-se englobada nas atividades do projeto de estágio desenvolvido, intitulado “Deteção precoce de alterações de desenvolvimento na criança dos 0 aos 3 anos: o contributo do Enfermeiro Especialista”. A decisão de temática surgiu após o diagnóstico das necessidades formativas dos enfermeiros do serviço sobre avaliação do desenvolvimento da criança, realizado através da aplicação de um instrumento criado para esse objetivo.

Consciente de que a hospitalização e a doença poderão interferir na avaliação de competências da criança, podendo colocar em causa a validade da avaliação, é importante não esquecer que o momento de internamento, e o contacto prolongado com a criança e família é uma oportunidade para uma apreciação global do desenvolvimento e identificação de sinais de alarme que possam existir, quer através da observação dos mesmos, quer a partir da partilha das preocupações dos pais e cuidadores. Para além disso, muitas patologias e respetivas sequelas são potenciais fatores disruptivos do desenvolvimento, pelo que se torna importante ter presente este possível impacto, de forma a minorar o seu efeito. Nesse sentido, torna-se importante que os enfermeiros se sintam despertos, competentes e confortáveis para a identificação destes desvios ao padrão de desenvolvimento, permitindo a sua atempada referenciação.

A sessão tem como objetivo principal a atualização de conhecimentos e sensibilização para a problemática e importância de conhecer os sinais de alarme de alterações/desvios ao desenvolvimento da criança. A sessão destina-se à equipa de enfermagem.

O presente documento inicia-se com o enquadramento conceptual da temática abordada, seguindo-se a definição da população-alvo, objetivos da sessão e seleção de conteúdos. É apresentada a organização da atividade, bem como a estratégia de avaliação da mesma, terminando o plano com a apresentação da avaliação de sessão.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O crescente aumento do número de casos de crianças com alterações de desenvolvimento a nível mundial pode ser considerado um problema de saúde relevante. Segundo Gil et al. (2020), 25% das crianças, a nível global, tem suspeita de atraso de desenvolvimento, sendo que na Europa os valores situam-se nos 10%. Os dados da Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (2018) revelam que em 2016 8,4% das crianças com menos de 5 anos apresentavam problemas de desenvolvimento.

Tendo em conta estes elevados índices de prevalência, é importante destacar que o rastreio regular do neurodesenvolvimento permite detetar crianças com alterações em idades mais precoces, antecipando a intervenção adequada e minimizando as sequelas a longo prazo (Vitrikas et al., 2017).

Deste modo, a intervenção do enfermeiro na deteção precoce de alterações de desenvolvimento é fundamental, pelo contacto privilegiado que tem com a criança nos seus múltiplos contextos de atendimento nos serviços de saúde. Esta deteção atempada de sinais de alarme no desenvolvimento da criança irá otimizar a resposta aos possíveis transtornos de desenvolvimento existentes, permitindo minimizar o impacto causado por estes na criança, maximizando o seu potencial de desenvolvimento.

Lipkin et al. (2020), no seu estudo, realçam que lactentes e *toddlers* com atrasos de desenvolvimento e/ou déficits comportamentais melhoraram as suas competências cognitivas e de linguagem quando submetidos a intervenção precoce. Nesta idade, o cérebro possui uma maior capacidade de modelagem pela experiência, adaptabilidade essa que é mais evidente no início de vida (Papalia & Martorell, 2021). Para além disso, Micai et al. (2020), na revisão de literatura, concluíram que os pais começam a demonstrar preocupações geralmente a partir dos 12–18 meses de idade da criança, sugerindo que é possível a deteção precoce de sinais de alarme atempadamente. Por outro lado, os mesmos autores, sustentados noutros estudos afirmam que, sem rastreios sistematizados, pelo menos 50% das crianças com transtorno de desenvolvimento ou comportamental não são detetadas antes do jardim de infância, prevalência também já defendida por Mackrides e Ryherd (2011), que acrescentam, a partir da análise de outros estudos, que a maioria demonstra já ligeiros atrasos leves de desenvolvimento aos dois anos de idade.

Nesse sentido, a vigilância de saúde infantil - sem a aplicação de instrumentos de rastreio - não é, por si só, suficiente. A Direcção-Geral da Saúde (2013), no seu Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, reconhece que a avaliação clínica informal, realizada de forma isolada, sem a utilização destes mesmos instrumentos, deteta menos de 30% das crianças com alterações de desenvolvimento.

Assim, urge consciencializar e capacitar os enfermeiros da importância de estarem despertos para os sinais de alarme de desenvolvimento da criança e da sua deteção o mais

precoce possível, para que a intervenção sobre possíveis alterações seja também ela realizada o mais precocemente possível. Acrescentam ainda, que é essencial associar à vigilância a mobilização e aplicação de instrumentos de rastreio, sempre que existir qualquer tipo de suspeita de alteração no desenvolvimento da criança. A utilização deste tipo de instrumentos poderá não fazer sentido na criança em situação de doença aguda; no entanto, a identificação destes desvios poderá ser o primeiro passo para a referenciação desta criança a consultas especializadas, onde poderá iniciar essa avaliação e encaminhamento. Esperar que uma criança não atinja um marco de desenvolvimento pode resultar num reconhecimento tardio de alterações de desenvolvimento, aumentando a insatisfação e ansiedade parental, privando a criança e família dos benefícios da plasticidade cerebral da criança e seu potencial de desenvolvimento, identificação e intervenção precoce (Lipkin et al., 2020).

Torna-se então imperativo investir na formação e capacitação dos enfermeiros na dimensão da vigilância do desenvolvimento infantil, de forma a empoderar os mesmos de conhecimento que seja transformador da sua prática, tal como referem os estudos de Reichert et al. (2015) ou de Pereira Neto et al. (2021). Também a revisão narrativa integrativa realizada por Ramu et al. (2020) demonstra esta realidade, acrescentando que na maioria dos estudos é evidente a vontade demonstrada pelos enfermeiros na realização e atualização de formação nesta área. Assim, é urgente minimizar as limitações da formação base dos enfermeiros acerca desta temática, capacitando-os para a deteção, o mais precoce possível, de sinais de alarme no desenvolvimento infantil.

3. POPULAÇÃO ALVO

A sessão destina-se aos enfermeiros de um serviço de internamento em Pediatria.

4. OBJETIVOS

São objetivos da sessão planeada:

- a) Sensibilizar para identificação de sinais de alarme no desenvolvimento nas crianças internadas no serviço
- b) Descrever os sinais de alarme no desenvolvimento em cada "idade-chave"
- c) Apresentar a ferramenta "*Memorando dos sinais de alarme para deteção de alterações no desenvolvimento infantil*" para suporte à prática dos enfermeiros

5. SELEÇÃO DE CONTEÚDOS

De acordo com a finalidade da sessão e com os objetivos definidos, os conteúdos a abordar são:

- a) Apresentação da problemática e do diagnóstico de necessidades formativas
- b) Sensibilização para a importância da identificação dos sinais de alarme de alterações no desenvolvimento na criança
- c) Internamento na Unidade: Uma oportunidade para a deteção de sinais de alarme no desenvolvimento
- d) Escala de Mary Sheridan Modificada
- e) Sinais de alarme no desenvolvimento
- f) Apresentação da ferramenta "*Memorando dos sinais de alarme para deteção de alterações no desenvolvimento infantil*" para suporte à prática dos enfermeiros

6. ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE

A data e hora para a realização da formação em serviço será 10 de Fevereiro de 2022, às 15h, sendo realizada presencialmente e online, via Teams, para conseguir a presença do maior número de elementos possível.

Os recursos a utilizar nesta sessão serão:

- a) Recursos Humanos – um estudante do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e os participantes da sessão;
- b) Recursos Físicos – a sala de reuniões da Unidade;
- c) Recursos Materiais – computador com ligação à Internet.

6.1. Plano da atividade

Quadro 1

Plano da atividade

Fases/ Tempo	Conteúdo	Métodos e técnicas	Recursos didáticos	Avaliação
Introdução 5 minutos	Apresentação do estudante e do conteúdo global da sessão	- Método ativo - Técnica pedagógica do tipo expositivo	Computador Wifi Apresentação <i>PowerPoint</i>	
Desenvolvimento 15 minutos	- Apresentação da problemática, diagnóstico de necessidades formativas e sustentar a importância da identificação dos sinais de alarme de alterações no desenvolvimento na criança - Internamento na Unidade: Uma oportunidade para a detecção de sinais de alarme no desenvolvimento - Escala de Mary Sheridan Modificada - Sinais de alarme no desenvolvimento Apresentação da ferramenta "<i>Memorando dos sinais de alarme para detecção de alterações no desenvolvimento infantil</i>" para suporte à prática dos enfermeiros	- Método ativo - Técnica pedagógica do tipo expositivo - Técnica pedagógica do tipo demonstrativo indireto	Computador Wifi Apresentação <i>PowerPoint</i>	
Conclusão 5-10 minutos	Questões/ <i>Feedback</i>	Método interativo		Questionário de apreciação da sessão

7. AVALIAÇÃO

Para a avaliação da sessão, foi aplicado o “Questionário de Apreciação da Sessão de Formação em Serviço “Sinais de Alarme no Desenvolvimento Infantil” (Apêndice II), tendo sido o mesmo distribuído pelos formandos no final da sessão. O mesmo é constituído por 7 questões, sendo as primeiras cinco de escolha múltipla, recorrendo a uma escala de Lickert para a sua resposta com quatro itens possíveis de concordância: discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente. O questionário possui ainda duas questões de resposta aberta para identificação dos pontos positivos da sessão bem como sugestões para sessões futuras. O preenchimento do instrumento foi realizado de forma totalmente anónima, tendo sido analisado posteriormente os dados recolhidos. Das 21 pessoas presentes, 11 responderam ao questionário, tendo sido obtidos os seguintes resultados:

Figura 1

Respostas à questão: “Os objetivos da formação foram cumpridos”

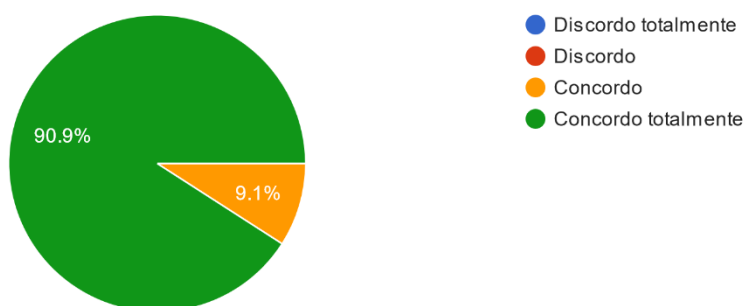


Figura 2

Respostas à questão “Os conteúdos abordados foram pertinentes”



Figura 3

Respostas à questão “O formador utilizou linguagem clara”

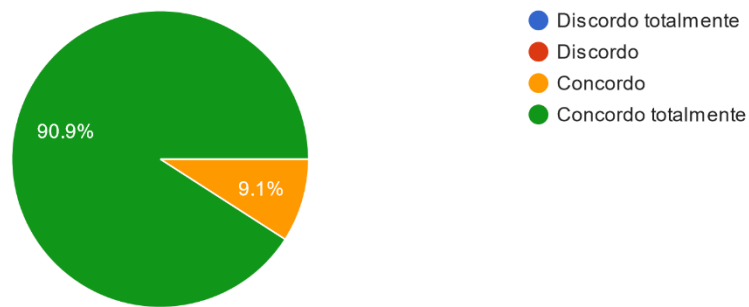


Figura 4

Respostas à questão “O formador tinha os conhecimentos de base necessários”

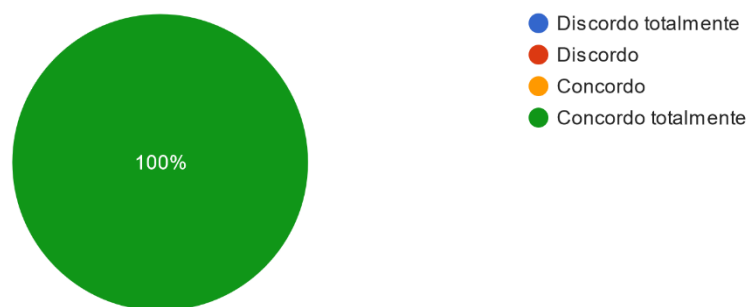
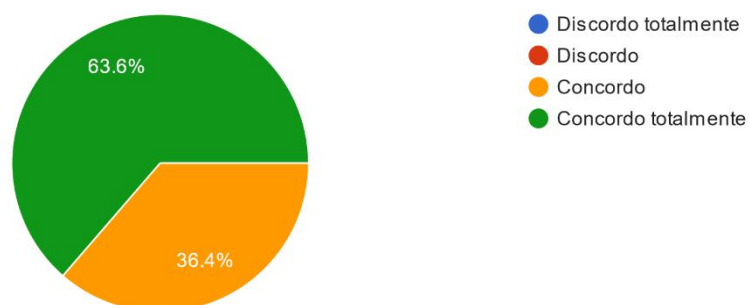


Figura 5

Respostas à questão “As instalações e meios audiovisuais foram adequados”



Relativamente às questões de resposta aberta, foram identificados vários aspetos positivos:

Quadro 2

Aspetos positivos da sessão

<i>Aspetos positivos</i>	<i>“Temática extremamente importante”</i>
	<i>“Apresentação muito clara e sistematizada, tema extremamente pertinente”</i>
	<i>“A pertinência do tema”</i>
	<i>“Reforçar a importância da deteção precoce de sinais de alarme em casos de alteração do desenvolvimento infantil”</i>
	<i>“A pertinência do tema”</i>
	<i>“Relembra alguns aspetos importantes do tema e desperta curiosidade para outros”</i>
	<i>“Discurso fluido e perceptível. Formador mostrou SABER”</i>

Como sugestão para futuras sessões, foi identificado o pedido de um dos participantes para que a sessão de formação fosse realizada novamente durante o próximo ano.

Neste sentido, e tendo em conta a avaliação realizada pelos formandos, conclui-se que os objetivos da sessão foram atingidos, tendo contribuído para a atualização de conhecimentos da equipa, bem como para a sensibilização da importância da problemática na prática de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil: norma nº 010/2013, de 31/05/2013*. Lisboa: DGS. Acedido a 13/04/2022. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Gil, J. D., Ewerling, F., Ferreira, L. Z., & Barros, A. J. (2020). Early childhood suspected developmental delay in 63 low- and middle-income countries: Large within- and between-country inequalities documented using national health surveys. *Journal of global health*, 10(1), 010427. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010427>
- Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (2018). Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet. Global health*, 6(10), e1100–e1121. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30309-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30309-7)
- Lipkin, P. H., Macias, M. M., & AAP COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS (2020). Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*, 145(1), e20193449. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3449>
- Mackrides, P. S., & Ryherd, S. J. (2011). Screening for developmental delay. *American family physician*, 84(5), 544–549.
- Micai, M., Fulceri, F., Caruso, A., Guzzetta, A., Gila, L., & Scattoni, M. L. (2020). Early behavioral markers for neurodevelopmental disorders in the first 3 years of life: An overview of systematic reviews. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 116, 183–201. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.027>
- Papalia, D. E. & Martorell, G. (2021). *Desenvolvimento Humano* (14ª Ed.). McGraw Hill.
- Pereira Neto, G. G., Nunes, W. de B., Andrade, L. D. F. de, Vieira, D. de S., Reichert, A. P. da S., & Santos, N. C. C. de B. (2021). Child developmental monitoring: implementation through the family health strategy nurse / Vigilância do desenvolvimento infantil: implementação pelo enfermeiro da estratégia saúde da família. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 12, 1309–1315. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9885>
- Ramu R, Govindan R, Jacob P, Palaniappan M (2020) Gap in Nurses' Knowledge and Screening Practice in Identifying Children with Developmental Delay. *J Comm Pub Health Nursing* 6: 254. DOI: 10.4172/2471-9846.1000254
- Reichert, A. P. da S., Nóbrega, V. M., Damasceno, S. S., Collet, N., Eickmann, S. H., & Lima, M. C. (2015). Vigilância do desenvolvimento infantil: práticas de enfermeiras após capacitação. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 17(1), 117–23. <https://doi.org/10.5216/ree.v17i1.27722>

Vitrikas, K., Savard, D. & Bucaj M. (2017). Developmental delay: when and how to screen. *Am Fam Physician*, 96(1), 36-4

APÊNDICES

Apêndice I

Apresentação *Powerpoint* da sessão de formação em serviço “Sinais de
alarme no desenvolvimento infantil”



SINAIS DE ALARME NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Bruno Gomes

Mestrando do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Enfª Orientadora: Enfª ESIP

Profª Orientadora: Profª Drª Mª Isabel Malheiro



SUMÁRIO

- Apresentação da problemática e do diagnóstico de necessidades formativas
- Sensibilização para a importância da identificação dos sinais de alarme de alterações no desenvolvimento na criança
- Internamento na Unidade : Uma oportunidade para a deteção de sinais de alarme no desenvolvimento
- Escala de Mary Sheridan Modificada
- Sinais de alarme no desenvolvimento
- Apresentação da ferramenta "Memorando dos sinais de alarme para deteção de alterações no desenvolvimento infantil" para suporte à prática dos enfermeiros





OBJETIVOS:

- Sensibilizar para identificação de sinais de alarme no desenvolvimento nas crianças internadas no serviço
- Descrever os sinais de alarme no desenvolvimento infantil em cada "idade-chave"
- Apresentar a ferramenta "Memorando dos sinais de alarme para detecção de alterações no desenvolvimento infantil" para suporte à prática dos enfermeiros



A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS DE ALARME DE ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO NA CRIANÇA



Globalmente, 8,4% das crianças com menos de 5 anos apresentavam problemas de desenvolvimento em 2016

Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (2018)



21.331 crianças acompanhadas pela rede de IPI
16.050 tinha mais de 3 anos.

SNIPi (2018)

Em vários estudos (De Giacomo and Fombonne, 1998; Rogers and DiLalla, 1990; Wimpory et al., 2000; Coonrod & Stone, 2004) é possível identificar que os pais começam a demonstrar preocupações geralmente a partir dos 12-18 meses de idade da criança, o que sugere que a deteção precoce de sinais é potencialmente possível

Micali Et al (2020)



A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS DE ALARME DE ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO NA CRIANÇA

Em todo o cérebro do recém-nascido formam-se muitos caminhos efêmeros, criando certas conexões entre as diferentes áreas cerebrais que já não se observam no adulto.

(Innocenti & Price (2005) citados por Stiles (2012))

Lactentes e *toddlers* com atrasos de desenvolvimento e/ou déficits comportamentais melhoraram as suas competências cognitivas e de linguagem quando submetidas a intervenções precoces individualizadas e apropriadas

Lipkín, Macías, &
COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS (2020)



INTERNAMENTO NA

Não esquecendo que:

- a hospitalização e a doença interferem na avaliação de competências da criança e consequentemente na avaliação do desenvolvimento (Franklin & Prows, 2014)

Mas tendo em conta que:

- as sequelas secundárias a certas patologias são potenciais fatores de perturbação do desenvolvimento
- a duração de certos internamentos permite um conhecimento mais profundo da família e da criança para além da situação de doença

UMA OPORTUNIDADE PARA A DETECÇÃO DE SINAIS DE ALARME NO DESENVOLVIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

Caracterização da população:

	Média	Mínimo	Máximo
Idade	37	24	53
Anos de experiência profissional	13,2	2	29
Tempo de serviço em Pediatria/Saúde Infantil	12,5	0	29
Tempo de serviço no atual local de trabalho	11,6	0	27

IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

Caracterização da população:

Habilitações literárias
19 responses



IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS



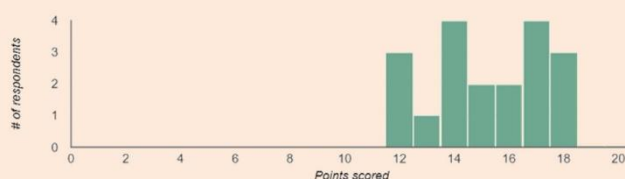
Score total:

Average
15.21 / 20 points

Median
15 / 20 points

Range
12 - 18 points

Total points distribution

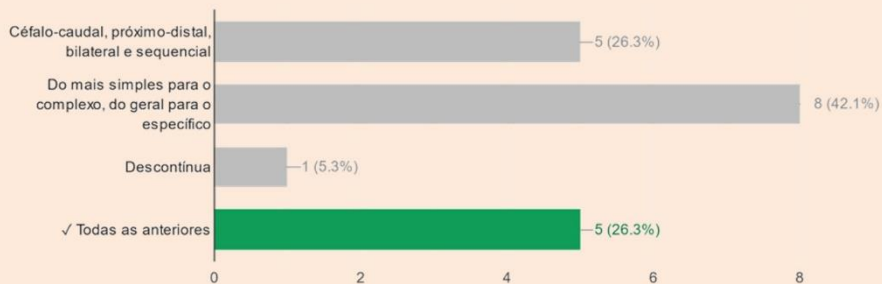


IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS



O desenvolvimento da criança ocorre de forma:

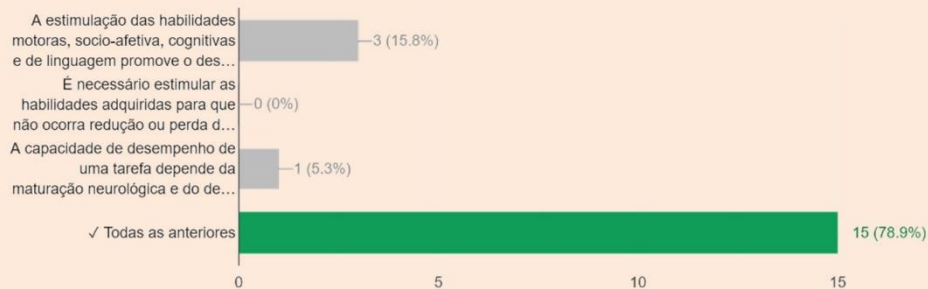
5 / 19 correct responses



IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

No que respeita ao desenvolvimento Infantil, identifique a afirmação correta:

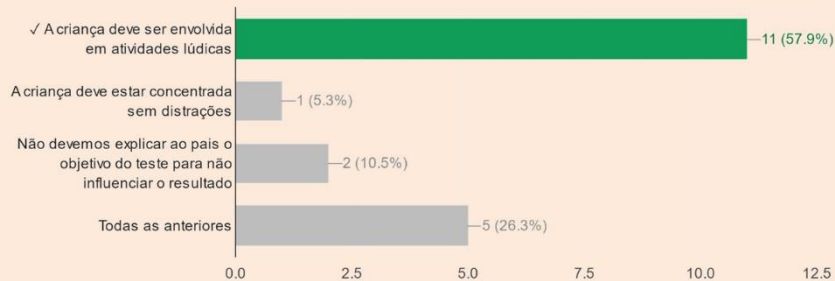
15 / 19 correct responses



IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

São princípios a considerar na avaliação de desenvolvimento da criança:

11 / 19 correct responses



IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

Os instrumentos de avaliação de desenvolvimento Infantil:

18 / 19 correct responses



IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

No momento da avaliação de desenvolvimento devemos valorizar a informação que se obtém por:

19 / 19 correct responses



IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS



A Maria tem três meses. Durante a consulta, o profissional observou que a criança não olhava para a mãe enquanto mamava e não seguiu com o olhar um objeto colocado cerca de 30 cm de seus olhos. Assinale a alternativa correta:

15 / 19 correct responses

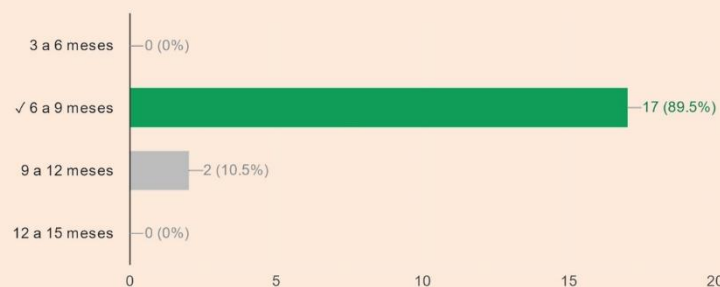


IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS



Em que faixa etária a maioria das crianças se senta sem apoio?

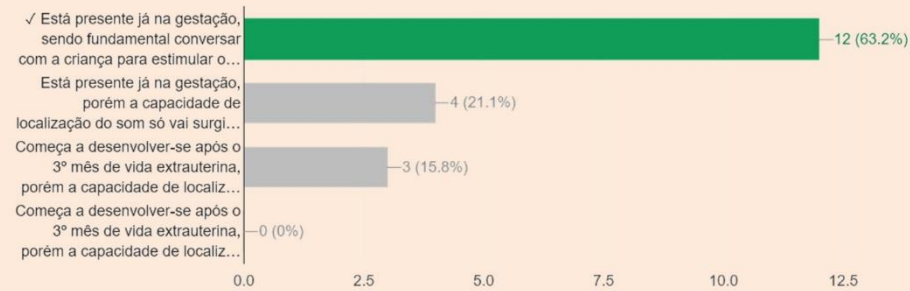
17 / 19 correct responses



IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

Quanto à audição da criança, podemos dizer:

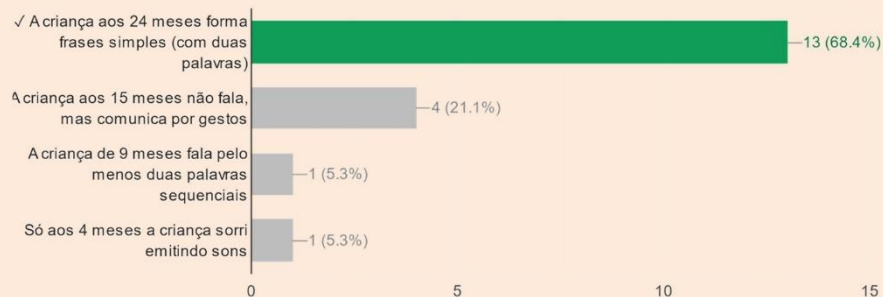
12 / 19 correct responses



IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

Em relação à linguagem, assinale a alternativa correta:

13 / 19 correct responses

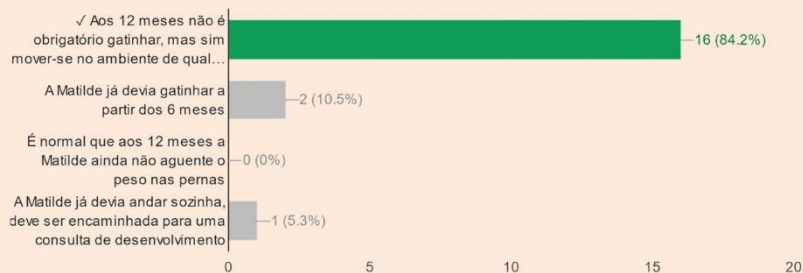


IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS



A mãe da Matilde está preocupada porque a filha 12 meses e ainda não gatinha.

16 / 19 correct responses

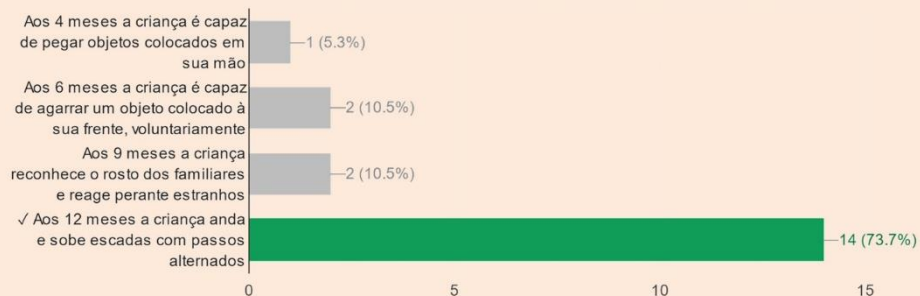


IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS



Assinale a alternativa incorreta:

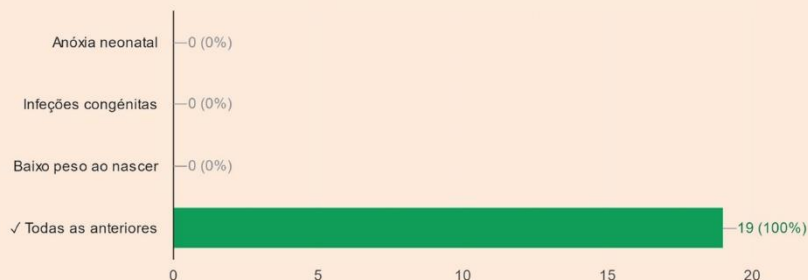
14 / 19 correct responses



IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

De entre os fatores de risco relacionados, qual deles está associado a alterações do desenvolvimento infantil na criança:

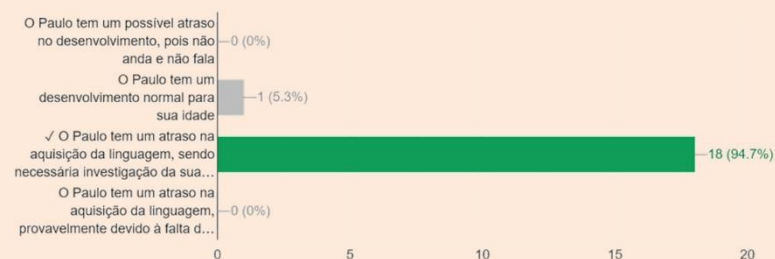
19 / 19 correct responses



IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

O Paulo tem 12 meses, gatinha e anda com apoio; consegue apanhar objetos, reconhece a mãe, no entanto não emite som nenhum. Assinale a alternativa correta:

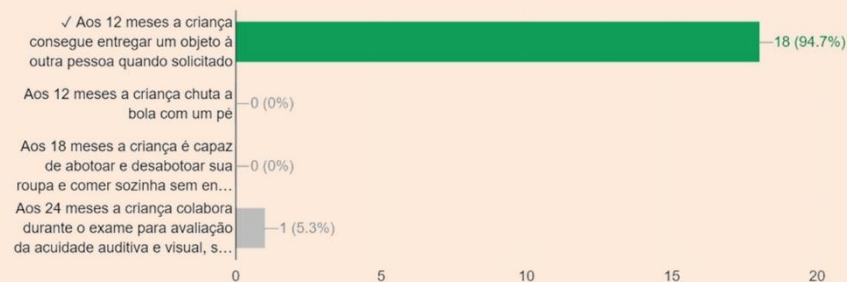
18 / 19 correct responses



IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

Assinale a alternativa correta:

18 / 19 correct responses



IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

Na avaliação do desenvolvimento da criança, o desaparecimento dos reflexos primitivos é um item de grande importância a ser considerado. Assinale a alternativa que apresenta corretamente a cronologia mais frequentemente esperada para o desaparecimento de alguns desses reflexos:

13 / 19 correct responses



IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS



Ofereci uma bola ao João. Ele pegou nela e transferiu-a de uma mão para a outra e posteriormente levou-a à boca. Assinale a alternativa correta:

16 / 19 correct responses

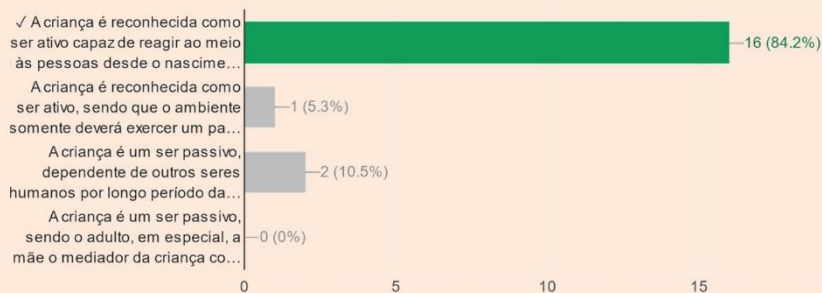


IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS



Relativamente ao desenvolvimento da criança, assinale a alternativa correta:

16 / 19 correct responses

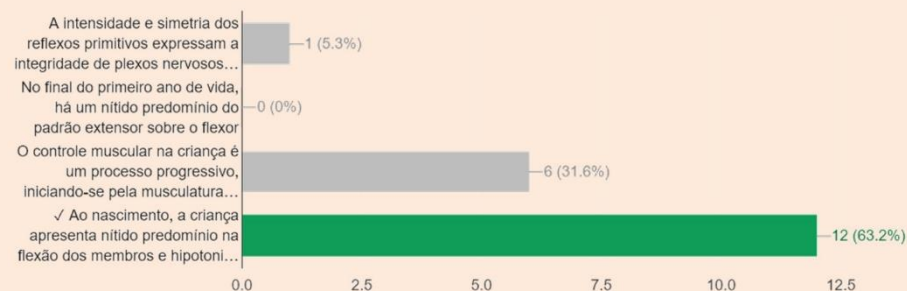


IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS



No que se refere ao desenvolvimento motor da criança, assinale a alternativa correta:

12 / 19 correct responses

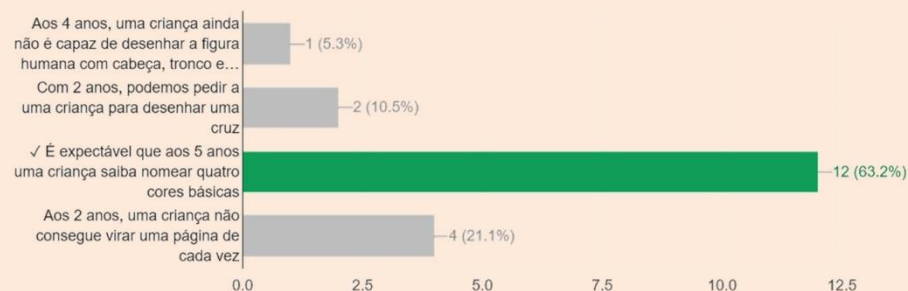


IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS



Sobre visão e motricidade fina, assinale a alínea correta:

12 / 19 correct responses



PADRÕES DE DESENVOLVIMENTO

- **Céfalo-caudal e proximal-distal**

- **Diferenciação**

- O Desenvolvimento faz-se a partir de operações simples para atividades e funções mais complexas → Do geral para o específico

- **Descontinuidade**

- Refere-se às modificações em velocidades diferentes, em períodos de tempo diferentes, no decurso do ciclo de vida

PADRÕES DE DESENVOLVIMENTO

- **Bilateralidade**

- A capacidade de crescimento e desenvolvimento é simétrica

- **Sequencialidade**

- Em todos os aspetos do crescimento e do desenvolvimento, existe uma sequência ordenada, contínua, definida e previsível

PADRÕES DE DESENVOLVIMENTO

- **Influências:** O uso de habilidades estimula o desenvolvimento



O não uso de habilidades provoca:

- Perda de neurónios
- Redução ou perda de função

A capacidade para o desempenho de uma determinada tarefa depende:

- Da maturação da estrutura neurológica do cérebro
- Do desenvolvimento do sistema muscular e esquelético



ESCALA DE AVALIAÇÃO MARY SHERIDAN MODIFICADA

É um instrumento validado que permite a avaliação do desenvolvimento da criança em quatro grandes áreas:

Motricidade global
Visão e motricidade fina
Audição e linguagem
Comportamento e adaptação social

(Sharma, Cockerill & Sanctuary, 2021)

ESCALA DE AVALIAÇÃO MARY SHERIDAN MODIFICADA

Com base nos diversos marcos identificados ao longo do desenvolvimento, nas diferentes áreas e idades chave, foi elaborada uma escala de sinais de alarme no desenvolvimento

Direção-Geral da Saúde, 2013



SINAIS DE ALARME NO DESENVOLVIMENTO

4 -6 Semanas

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a).
- Apresenta hipertonicidade na posição de pé.
- Nunca segue a face humana.
- Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana).
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

3 Meses

- Não fixa, nem segue objetos.
- Não sorri.
- Não há qualquer controlo da cabeça.
- Tem as mãos sempre fechadas.
- Tem os membros rígidos em repouso.
- Apresenta sobressalto ao menor ruído.
- Chora e grita quando se toca.
- Pobreza de movimentos.



SINAIS DE ALARME NO DESENVOLVIMENTO

6 Meses

- Ausência de controlo da cabeça.
- Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar.
- Não olha nem pega em qualquer objeto.
- Apresenta assimetrias.
- Não reage aos sons.
- Não vocaliza.
- Tem desinteresse pelo ambiente.
- Apresenta irritabilidade.
- Tem estrabismo manifesto e constante

9 Meses

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



SINAIS DE ALARME NO DESENVOLVIMENTO

12 Meses

- Não aguenta o peso nas pernas.
- Permanece imóvel, não procura mudar de posição.
- Apresenta assimetrias.
- Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão.
- Não responde à voz.
- Não brinca nem estabelece contacto.
- Não mastiga

15 Meses

- Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas.
- Andar sempre na ponta dos pés.
- Apresenta assimetrias.
- Não faz pinça com o polegar e o indicador.
- Não responde quando o(a) chamam.
- Não vocaliza espontaneamente.
- Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto.
- Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca.
- Tem estrabismo.



SINAIS DE ALARME NO DESENVOLVIMENTO

5 Anos

**Memorando dos sinais de alarme
para detecção de alterações no desenvolvimento infantil**

4-6 Semanas

- Ausência de tentativas de controle da cabeça, na posição sentada(s).
- Apresentação hipertonizada na posição de pé.
- Não segue a face humana.
- Não visa os olhos e a cabeça para o som (voz humana).
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

3 Meses

- Não flex, nem segue objetos.
- Não sorri.
- Não há qualquer controle da cabeça.
- Tem as mãos sempre fechadas.
- Tem os membros rígidos em repouso.
- Apresenta subressalto ao menor ruído.
- Chora e grita quando se toca.
- Pobreza de movimentos.

6 Meses

- Ausência de controle do corpo.
- Tem membros inferiores rígidos e faz passagens diretas à posição de pé quando se tenta sentar.
- Não anda sem apoio em qualquer objeto.
- Apressado assimétrico.
- Não roça os pés.
- Não xodoca.
- Tem desinteresse pelo ambiente.
- Apressado instabilidade.
- Tem estrobismo manifesto a qualquer

9 Meses

- Não se tenta.
- Permanece satisfeito(a) e imóvel sem procurar mudar de posição.
- Agressão autística.
- Não tem pretensão palmar, não leva objetos à boca.
- Não reage aos sons.
- Vocaliza monotonicamente ou perde a vocalização.
- (apático(a), sem relação com familiares.
- Expõe-se com facilidade.
- Tem estereotipias.

Elaborado por Bruno Corber
Superior de Enfermagem de Lúcia
Lara, Profª Drª Mª Isabel Malheiro
e Stuart, Neilson, Osm. Routledge
©2001 e, de 2005-2010, Lúcia Lara

**Memorando dos sinais de alarme
para detecção de alterações no desenvolvimento infantil**

12 Meses

- Não aguenta o peso nas pernas.
- Permanece imóvel, não procura mudar de posição.
- Apresenta assimetrias.
- Não pega nas brinquedinhas ou fá-la só com uma mão.
- Não responde à voz.
- Não brinca nem estabelece contacto.
- Não mamiga

18 Meses

- Não se põe de pé, não sapeteo a peso sobre as pernas.
- Ando sempre no ponto dos pés.
- Apreciento assimetrias.
- Não faz piça — não põe em nenhum objeto entre a polegar e o indicador.
- Não responde quando o(a) chamam.
- Não usoizalo espontaneamente.
- Não se interessa pelo que o(a) rezoia; não estabelece contacto.
- Dito os objetos fora. Levo-os sistematicamente à boca.
- Tem estrabismo.

2-3 Años

- Não anda sozinho(a).
- Dito a objetos fora.
- Não constrói nada.
- Não parece compreender o que se lhe diz.
- Não pronuncia palavras inteligíveis.
- Não se interessa pelo que está em seu redor.
- Não estabelece contacto.
- Não procura imitar.
- Tem estereótipos.

5 Anos

- É hiperativa(a), distraída(a) e tem dificuldade de concentração.
- Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gags.
- Tem estrabismo ou suspeita de déficit visual.
- Apresenta perturbação do comportamento.

Elaborado por: Bruno Siqueira
Vestibando do 12º Curso de Vestibando em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
3.ª Orientadora: D.ª Fátima
Docente Orientadora: Arp. D.ª M.ª Lúcia Marques
Referências Bibliográficas: Sharma, A., Gosselin, M. & Sankar, J. (2011). *May I share with you something new?*. Children's developmental progress (3rd Edition). Arlington, Texas: Routledge.
Direção Geral de Saúde. Programa nacional de saúde infantil e juvenil. *Infância* nº 210/2012, de 31/03/2012. Lisboa: DGS

É IMPORTANTE LEMBRAR QUE...

"os limites do normal são extraordinariamente amplos. Nem todas as crianças atingem, na mesma idade, o mesmo estágio de desenvolvimento para qualquer dos parâmetros considerados"

"a valorização de dados isolados, não permitem uma avaliação válida do desenvolvimento"

(Direção-Geral da Saúde, 2013, p. 58)

NO ENTANTO, A IDENTIFICAÇÃO DESTES SINAIS DE ALARME PODERÁ CONTRIBUIR PARA UMA ADEQUADA REFERENCIAÇÃO QUE PERMITIRÁ UMA INTERVENÇÃO PRECOCE NO CASO DE SE CONFIRMAR UMA PERTURBAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde infantil e juvenil: norma nº 010/2013, de 31/05/2013. Lisboa: DGS. Acedido a 13/04/2022. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Franki, Q. & Prows, C.A. (2014). Influências Genéticas e de Desenvolvimento na Promoção de Saúde da Criança. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D (Ed.). *Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica* (9ª Ed). Elsevier.
- Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (2018). Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet. Global health*, 6(10), e1100-e1121. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30309-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30309-7)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Micai, M., Fulceri, F., Caruso, A., Guzzetta, A., Gila, L., & Scattoni, M. L. (2020). Early behavioral markers for neurodevelopmental disorders in the first 3 years of life: An overview of systematic reviews. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 116, 183–201. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.027>
- Sharma, A., Cockerill, H. & Sanctuary, L. (2021). *Mary Sheridan's from birth to five years. Children's developmental progress (5rd Edition)*. Abingdon, Oxon: Routledge
- SNIPI-GAT. (2019). Relatório de Atividade - Avaliação do Funcionamento do SNIPI – 2018. Comissão de Coordenação do SNIPI
- Stiles, J. (2012). Crecimiento neural y poda sináptica. In: J. Oates, A. Karmiloff-Smith & M. H. Johnson, *El cerebro en desarrollo* (pp. 24-25). Open University



Apêndice II

Questionário de apreciação da sessão de formação em serviço “Sinais
de alarme no desenvolvimento infantil”

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação em Serviço ***"Sinais de Alarme no Desenvolvimento Infantil"***

Data:

Hora:

Apreciação Global

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; 4 - Concordo Totalmente.

	1	2	3	4
Os objetivos da formação foram cumpridos.				
Os conteúdos abordados foram pertinentes.				
O formador utilizou linguagem clara.				
O formador tinha os conhecimentos de base necessários.				
As instalações e meios audiovisuais foram adequados				

Balanço da Sessão

Aspetos positivos

Sugestões para futuras sessões

Muito obrigada pela sua participação!

Bruno Gomes

Apêndice XII

Fatores que contribuem para a sinalização tardia da criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento: Um protocolo de revisão
scoping

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria**

Ano Letivo 2021/2022 – 2º Semestre

Unidade Curricular Opção II

**Fatores que contribuem para a sinalização tardia da
criança dos 0 aos 3 anos com alterações de
desenvolvimento: um protocolo de revisão *scoping***

Bruno Ricardo Ferreira dos Santos Gomes, nº 11000

**Lisboa
julho 2022**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria**

Ano Letivo 2021/2022 – 2º Semestre

Unidade Curricular Opção II

**Fatores que contribuem para a sinalização tardia da
criança dos 0 aos 3 anos com alterações de
desenvolvimento: um protocolo de revisão *scoping***

Bruno Ricardo Ferreira dos Santos Gomes, nº 11000

Docente:

Profª. Doutora Maria Isabel Malheiro

**Lisboa
julho 2022**

Fatores que contribuem para a sinalização tardia da criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento: protocolo de revisão *scoping*

Bruno Gomes | Enfermeiro na Unidade de Infeciologia do Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – Portugal; Mestrando em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Portugal

Objetivo e Questão de Revisão: O presente protocolo de revisão *scoping* tem como objetivo identificar e mapear a literatura sobre os fatores que contribuem para a sinalização tardia da criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento.

A presente investigação será baseada na seguinte questão:

- Quais os fatores que contribuem para a sinalização tardia da criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento?

Palavras-chave: Transtornos do neurodesenvolvimento; Lactente; Criança, Pré-escolar; Intervenção precoce; Diagnóstico tardio; Revisão

BACKGROUND

O crescente aumento do número de casos de crianças com alterações de desenvolvimento a nível mundial pode ser considerado um problema de saúde relevante. Segundo Gil et al. (2020), 25% das crianças, a nível global, tem suspeita de atraso de desenvolvimento, sendo que na Europa o número de casos se situa nos 10%. Os dados da Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (2018) revelam que, em 2016, 8,4% das crianças com menos de 5 anos apresentavam problemas de desenvolvimento. Analisando a realidade portuguesa, Afonso (2020) refere que cerca de 10 a 20% da população pediátrica apresenta perturbações de

desenvolvimento, verificando-se uma tendência crescente desta condição.

Tendo em conta estes elevados índices de prevalência, é importante destacar que o rastreio regular do neurodesenvolvimento permite detetar crianças com alterações em idades mais precoces, antecipando a intervenção adequada e minimizando as sequelas a longo prazo (Vitrikas et al., 2017).

Lipkin et al. (2020), no seu estudo, realçam que lactentes e *toddlers* com atrasos de desenvolvimento e/ou déficits comportamentais melhoraram as suas competências cognitivas e de linguagem quando submetidos a intervenção precoce. Nesta idade, o cérebro possui uma maior capacidade de modelagem pela experiência, adaptabilidade essa que é mais evidente no início de vida (Papalia &

Martorell, 2021). Maria et al. (2021) acrescentam ainda que o período entre as 22 semanas de gestação e os dois primeiros anos de vida, se constitui como o momento crítico do desenvolvimento cerebral, visto que ocorre uma rápida expansão, sinaptogênese, apoptose, mielinização, organização neuronal e alinhamento. Afonso (2020) corrobora esta ideia, considerando uma oportunidade privilegiada de intervenção neste momento de maior neuroplasticidade, afirmando que quanto mais precoce for a intervenção, maior o aproveitamento da plasticidade cerebral e, consequentemente, da capacidade de se moldar a estímulos, maximizar o potencial de desenvolvimento, otimizando os resultados conseguidos. Relativamente à importância da detecção e identificação precoces, Micai et al. (2020), na sua revisão de literatura, concluíram que os pais começam a demonstrar preocupações geralmente a partir dos 12–18 meses de idade da criança, sugerindo que é possível a detecção precoce de sinais de alarme atempadamente. Por outro lado, os mesmos autores, sustentados noutros estudos afirmam que, sem rastreios sistematizados, pelo menos 50% das crianças com transtorno de desenvolvimento ou comportamental não são detetadas antes do jardim de infância, prevalência também já identificada por Mackrides e Ryherd (2011), e que acrescentam, a partir da análise de outros estudos, que a maioria já demonstra

ligeiros atrasos de desenvolvimento aos dois anos de idade.

Nesse sentido, a vigilância de saúde infantil não é, por si só, suficiente. A Direcção-Geral da Saúde (2013), no seu Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, reconhece que a avaliação clínica informal, realizada de forma isolada, sem a aplicação de instrumentos de rastreio, deteta menos de 30% das crianças com alterações de desenvolvimento.

Deste modo, urge consciencializar e capacitar os enfermeiros e pais da importância de estarem despertos para os sinais de alarme de desenvolvimento da criança e da sua detecção o mais precoce possível, para que a intervenção sobre possíveis alterações seja também ela realizada o mais precocemente possível. Esta identificação atempada de sinais de alarme no desenvolvimento da criança irá otimizar a resposta aos possíveis transtornos de desenvolvimento existentes, permitindo minimizar o impacto causado por estes na criança, maximizando o seu potencial de desenvolvimento.

Além disso, é essencial, pelo supracitado, a mobilização e aplicação de instrumentos de rastreio no decurso da vigilância de saúde infantil e, sempre que existir qualquer tipo de suspeita de alteração no desenvolvimento da criança. Esperar que uma criança não atinja um marco de desenvolvimento pode resultar num reconhecimento tardio de alterações de desenvolvimento, aumentando a

insatisfação e ansiedade parental, privando a criança e família dos benefícios da identificação e de usufruírem de um programa de intervenção precoce (Lipkin et al., 2020).

Analisando o relatório de atividades de 2018 do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, é possível identificar que, das 21331 crianças acompanhadas pelo SNIPI, 16050 tinham mais de 3 anos de idade, o que demonstra o baixo número de crianças referenciadas nos primeiros três anos de idade. Nas suas conclusões, o presente relatório identifica a necessidade de uma referência o mais precoce possível (SNIPI-GAT, 2019).

Assim, e pelo já anteriormente evidenciado na literatura, urge identificar as razões pelas quais a detecção de alterações de desenvolvimento e respectiva sinalização ainda não é realizada tão precocemente como seria desejado, dificultando o acesso destas crianças a uma intervenção que se deseja o mais precoce possível, aproveitando a sua plasticidade cerebral na maximização do seu potencial de desenvolvimento e na minimização dos efeitos da sua perturbação.

Reunidos estes pressupostos, torna-se imperativo identificar e mapear a evidência científica existente sobre os fatores que contribuem para a sinalização tardia da criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento. O mapeamento desta revisão *scoping* deverá

seguir os critérios definidos pelo *Joanna Briggs Institute (JBI)* (Peters et al., 2020).

Uma pesquisa inicial não identificou a existência de qualquer revisão *scoping* sobre esta temática concreta, realizada ou em curso, pelo que esta revisão sistemática de literatura permitirá identificar os fatores que contribuem para a sinalização tardia da criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento, permitindo o desenvolvimento de investigação científica sobre a temática.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Tipos de Participantes

População

O protocolo *scoping* incluirá todos os estudos que incluam crianças dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento.

Conceito

São incluídos na revisão *scoping* todos os estudos que incluam a identificação de fatores que contribuam para a sinalização tardia da criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento.

Contexto

Na revisão *scoping* serão incluídos todos os estudos referentes à temática, independentemente do local de realização da vigilância.

Tipos de Fontes de Evidência

Na revisão *scoping* serão incluídos estudos primários e secundários, bem como qualitativos e quantitativos, assim como literatura cinzenta, desde que respeite os critérios de inclusão descritos anteriormente.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A revisão *scoping* irá cumprir as 3 etapas preconizadas pela *Joanna Briggs Institute*. Numa primeira etapa, desenvolver-se-á uma pesquisa nas bases de dados *MEDLINE Complete* e *CINAHL Complete*, com linguagem natural e indexada, na qual será posteriormente realizada uma análise das palavras que constam nos títulos e resumos, bem como dos termos indexados. Seguidamente, realizar-se-á uma nova pesquisa em todas as bases de dados através da utilização das palavras-chave e termos de indexação identificados. Finalmente, será efetuada uma análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados com o intuito de identificar novos artigos que possam ser incluídos no estudo, sendo considerados estudos não publicados e literatura cinzenta pesquisada no *Google Scholar*. Serão somente selecionados os artigos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, tendo sido definido o intervalo temporal entre 2010 e 2022, de forma a garantir que as fontes, quer primárias quer secundárias, sejam as mais recentes possíveis (Apêndice I, II, III).

Os artigos resultantes da pesquisa serão analisados por dois revisores, através da leitura dos títulos e resumos dos mesmos, de forma a garantir o cumprimento dos critérios de inclusão anteriormente definidos. Caso exista duplicação de artigos, será somente analisado um deles. Em caso de inconsistência ou desacordo entre revisores, será pedida uma nova análise por outro revisor.

EXTRAÇÃO DE DADOS

A apresentação da extração de dados segue o modelo proposto pelo JBI para Revisões *Scoping*. Foi elaborada uma tabela para apresentação dos diferentes estudos incluídos na Revisão *Scoping*, por ordem alfabética, onde se especificam detalhes acerca dos autores, ano e local de publicação, palavras-chave, tipo de estudo e objetivos do mesmo, bem como a população alvo, contexto de estudo, resultados obtidos tendo em conta a temática (fatores que contribuem para a sinalização tardia da criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento) e respetiva conclusão (Apêndice IV).

A tabela poderá ser adaptada e alterada pelos revisores durante a fase de análise dos artigos encontrados conforme a relevância dos dados obtidos.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados, seguindo a metodologia do JBI, foi elaborada uma tabela para sintetização dos resultados (Apêndice V), evidenciando a sua relação com a pergunta de investigação elaborada e, consequentemente, com o objetivo definido, dando resposta a ambos. Nesta tabela serão apresentados os fatores identificados como contributivos para a sinalização tardia da criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, S. F. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 36(2), 215–20. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v36i2.12501>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil: norma nº 010/2013, de 31/05/2013. Lisboa: DGS. Acedido a 13/04/2022. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Gil, J. D., Ewerling, F., Ferreira, L. Z., & Barros, A. J. (2020). Early childhood suspected developmental delay in 63 low and middle-income countries: Large within- and between-country inequalities documented using national health surveys. *Journal of global health*, 10(1), 010427. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010427>
- Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (2018). Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet. Global health*, 6(10), e1100–e1121. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30309-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30309-7)
- Lipkin, P. H., Macias, M. M., & AAP COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS (2020). Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*, 145(1), e20193449. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3449>
- Mackrides, P. S., & Ryherd, S. J. (2011). Screening for developmental delay. *American family physician*, 84(5), 544–549.
- Maria, A., Upadhyay, S., & Vallomkonda, N. (2021). Nurturing Beyond the Womb - Early Intervention Practices in Newborn Care Unit. *Indian pediatrics*, 58 Suppl 1, S53–S59.

- Micai, M., Fulceri, F., Caruso, A., Guzzetta, A., Gila, L., & Scattoni, M. L. (2020). Early behavioral markers for neurodevelopmental disorders in the first 3 years of life: An overview of systematic reviews. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 116, 183–201. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.027>
- Papalia, D. E. & Martorell, G. (2021). *Desenvolvimento Humano* (14^a Ed.). McGraw Hill.
- Peters, M.D.J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C. & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In: E. Aromataris & Z. Munn (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- SNIPi-GAT. (2019). *Relatório de Atividade - Avaliação do Funcionamento do SNIPi – 2018*. Comissão de Coordenação do SNIPi
- Vitrikas, K., Savard, D. & Bucaj, M. (2017). Developmental delay: when and how to screen. *Am Fam Physician*, 96(1), 36-43

APÊNDICES

APÊNDICE I
Estratégia de Pesquisa nas Bases de Dados

APÊNDICE I – Estratégia de Pesquisa nas Bases de Dados

	<i>MEDLINE Complete</i>	Resultados	<i>CINAHL Complete</i>	Resultados
População S1	((MH "Infant, Newborn") OR (MH "Infant") OR (MH "Child, Preschool"))	1677821	((MH "Infant, Newborn") OR (MH "Infant") OR (MH "Child, Preschool"))	389894
Conceito S2	((MH "Delayed Diagnosis") OR late diagnosis) AND ((MH "Developmental Disabilities") OR (MH "Child Development Disorders, Pervasive") OR (MH "Neurodevelopmental Disorders"))	62	((MH "Delayed Diagnosis") OR late diagnosis) AND ((MH "Developmental Disabilities") OR (MH "Child Development Disorders, Pervasive") OR (MH "Child Development Disorders"))	33
Contexto S3	-	-	-	-
	S1 AND S2 AND S3	44	S1 AND S2 AND S3	19

APÊNDICE II
Resultados de pesquisa na base de dados *CINAHL Complete*

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S13	S11 AND S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	19
S12	S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	389,894
S11	S9 AND S10	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	33
S10	S3 OR S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	15,234
S9	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6,205
S8	(MH "Child, Preschool")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	226,763

S7	(MH "Infant")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	187,775
S6	(MH "Infant, Newborn")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	144,641
S5	(MH "Developmental Disabilities")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11,133
S4	(MH "Child Development Disorders, Pervasive")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,690
S3	(MH "Child Development Disorders")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,641
S2	late diagnosis	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,477
S1	(MH "Diagnosis, Delayed")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	5,028

APÊNDICE III
Resultados de pesquisa na base de dados *MEDLINE Complete*

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S13	S11 AND S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	44
S12	S9 AND S10	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	62
S11	S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	1,677,821
S10	S3 OR S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	31,915
S9	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	13,549
S8	(MH "Child, Preschool")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	976,144

S7	(MH "Infant")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	847,467
S6	(MH "Infant, Newborn")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	650,688
S5	(MH "Neurodevelopmental Disorders")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	3,972
S4	(MH "Child Development Disorders, Pervasive")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	6,592
S3	(MH "Developmental Disabilities")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	21,875
S2	late diagnosis	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	6,340
S1	(MH "Delayed Diagnosis")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	7,886

APÊNDICE IV
Instrumento de Extração de Dados segundo *Joanna Briggs*
Institute

APÊNDICE IV – Instrumento de Extração de Dados segundo *Joanna Briggs Institute*

Título	
Autor(es)	
Ano da publicação	
Local da publicação	
Palavras-chave	
Tipo do estudo	
Objetivo do estudo	
População do estudo	
Contexto do estudo	
Fatores que contribuem para a sinalização tardia da criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento	
Conclusões	

APÊNDICE V
Instrumento de Apresentação de Dados

APÊNDICE V - Instrumento de Apresentação de Dados

Questão: Quais os fatores que contribuem para a sinalização tardia da criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento?

Estudos	Fatores que contribuem para a sinalização tardia da criança dos 0 aos 3 anos com alterações de desenvolvimento
1	
2	
3	
4	
5	
(...)	

ANEXOS

Anexo I

Certificado de Formação Centro de Desenvolvimento

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CERTIFICADO

Declara-se que

Bruno Ricardo Ferreira dos Santos Gomes

participou como Formador/~~a~~ na Formação em Serviço
subordinada ao tema

Apresentação e discussão do artigo:

"Siblings and Intentions: How Siblings Influence Development and
Why Practitioners Should Consider Including Them In Interventions"

que se realizou em 03 / 11 / 2022,

com uma carga horária de 1 horas,

sendo a participação do formador, de 1 horas.

O SERVIÇO

Anexo II

Certificado de Formação Serviço de Internamento

DECLARAÇÃO

Declara-se que **BRUNO GOMES** colaborou como formador(a) na **Ação de Formação em Serviço**
"Sinais de alarme do desenvolvimento infantil", realizada pelo(a)
no dia **10 de Fevereiro de 2023**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 02 de Novembro de 2023

 A Área de Gestão da Formação

Anexo III

Submissão de revisão narrativa “Prematurity and its Impact on the development process: A Narrative Review” submetida a publicação na revista *Journal of Neonatal Nursing*



This is a new submission-tracking service.

Thank you, could you [tell us more?](#)

Peer review status

Prematurity and its Impact on the Development Process: A Narrative Review

- Reviews completed: 1
- Review invitations accepted: 2+
- Review invitations sent: 2+

Under Review

Last review activity: 6th
October 2023 

[Watch to learn what we're doing behind the scenes](#) ↗

Journal:

Journal of Neonatal Nursing

Corresponding author:

Maria Isabel Malheiro

First author:

Bruno Gomes

Date of submission:

18th April 2023

Manuscript number:

JNEO-D-23-00122

Need more help?

[Please visit our Journal Article
Publishing Support Center](#)

